



Brukarmedverkan och Recovery vid mani; personalens perspektiv

En kvalitativ intervjustudie

Student; Anna Maja Larsson

Handledare; Marianne Storm

November 2013

Masteroppgave i helsevitenskap, spesialisering i psykisk helsearbeid

Institutt for helsefag

Universitetet i Stavanger

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPECIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Høst 2013

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Anna Maja Larsson

VEILEDER: Marianne Storm, førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE: Brukarmedverkan och recovery vid mani; personalens perspektiv

Norsk tittel: Brukarmedverkning og recovery ved mani; helsearbeiderens perspektiv

Engelsk tittel: Patient participation and recovery at a manic phase; the mental health workers perspective

EMNEORD/STIKKORD: Bipolär sjukdom (Bipolar disorder), Recovery (Recovery), Brukarmedverkan (Patient participation), Maniskt tillstånd (Manic phase)

ANTALL SIDER: 73

STAVANGER: 13 November 2013

FÖRORD

Denna masteruppsats avslutar mina masterstudier i hälsovetenskap, med specialisering på psykiskt hälsoarbete. Temat för studien är brukarmedverkan och recovery vid mani, undersökt ur ett personalperspektiv. Denna utbildning, framför allt arbetet med masteruppsatsen, har varit otroligt lärorikt och spännande. Jag har under dessa två år utvecklats både i min professionella roll som sjuksköterska och som privatperson.

Under arbetet med denna masteruppsats har jag mottagit ovärderlig vägledning från min handledare Marianne Storm, försteamanuensis vid Universitetet i Stavanger. Detta har varit en förutsättning för att jag skulle kunna slutföra denna uppsats och ett stort tack riktas till henne. Jag är också otroligt tacksam för den personal som har ställt upp och gett av sin redan knappa tid för att delta i denna studie. De har genom att förmedla sina upplevelser gjort denna studie möjlig. Jag vill också tacka de personer som har hjälpt mig att komma i kontakt med studiedeltagarna.

Jag vill slutligen tacka min familj och mina vänner, vilka har varit ett stort stöd genom denna resa.

Stavanger, November 2013

Anna Maja Larsson

Jag vill inleda denna uppsats med några ord av Patricia Deegan (1995);

Those of us who have been labeled with mental illness are first and foremost human beings. We are more than the sum of the electrochemical activity of our brain. Our hearts are not merely pumps. Our hearts are as real and as vulnerable as valuable as yours are. We are people. We are people who have experienced great distress and who face the challenge of recovery (s 92).

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	5
1.0 INLEDNING	6
1.1 Studiens bakgrund	6
1.1.1 Min egen bakgrunds betydelse för val av tema	8
1.2 Definitioner och avgränsningar	8
1.2.1 Definitioner	8
1.2.2 Studiens avgränsningar	9
1.3 Belysning av forskningsfältet	10
1.3.1 Recovery och bipolär sjukdom	10
1.3.2 Patientens erfarenhet av recovery	10
1.3.3 Brukarmedverkan och psykisk ohälsa	11
1.4 Studiens syfte	12
1.4.1 Grundlag för val av tema	12
1.4.2 Problemställning och forskningsfrågor	13
2.0 TEORETISKT PERSPEKTIV	14
2.1 Recovery som begrepp	14
2.1.1 Vad recovery innebär för människor med psykisk ohälsa	14
2.1.2 Recoveryorienterade hälso- och sjukvårdstjänster	15
2.1.3 Recovery för de professionella	16
2.2 Brukarmedverkan	17
2.2.1 En internationell överblick över patientens rättigheter inom psykiatrin	17
2.2.2 Lagstiftningen om brukarmedverkning inom psykiatrin i Norge	17
2.2.3 Brukarmedverkan som begrepp	18
2.3 Bipolär sjukdom	19
2.3.1 Det maniska tillståndet	20
2.3.2 Behandling vid mani	20

2.4	Miljöterapi	21
2.4.1	<i>Miljöterapi för patienter i ett maniskt tillstånd</i>	21
2.4.2	<i>Kontroll och säkerhet i den maniska fasen</i>	22
3.0	METOD	24
3.1	Studiens design	24
3.2	Kontext	24
3.3	Rekrytering av studiedeltagare	25
3.4	Intervju som metod i kvalitativ forskning	26
3.4.1	<i>Intervjuguiden</i>	26
3.4.2	<i>Insamling av data</i>	27
3.5	Etiska överväganden	27
3.6	Dataanalysen	28
3.6.1	<i>Genomförandet av analysen</i>	28
3.7	Reflektion över forskningsprocessen	29
4.0	RESULTAT	31
4.1	Den terapeutiska miljön	32
4.1.1	<i>Att arbeta med patienter i en manisk fas</i>	32
4.1.2	<i>Patientens förbättringsprocess</i>	36
4.1.3	<i>Tillbaka till livet utanför sjukhuset</i>	43
5.0	DISKUSSION	47
5.1	Diskussion av resultatet	47
5.1.1	<i>Personalens upplevelser av att ge behandling mot patientens vilja</i>	48
5.1.2	<i>Brukarmedverkan och recovery på en psykiatrisk avdelning</i>	49
5.1.3	<i>Medicinernas betydelse i recoveryprocessen</i>	51
5.1.4	<i>Vikten av en meningsfull vardag</i>	52
5.2	Styrkor och svagheter med vald metod	54
5.2.1	<i>Studiens reliabilitet och validitet</i>	54
6.0	KONKLUSION	56

7.0	REFERENSER	57
------------	-------------------	-----------

8.0	BILAGOR	63
------------	----------------	-----------

8.1	Översikt över bilagor	63
------------	------------------------------	-----------

8.1.1	<i>Bilaga nr 1; Tabell över litteratursök</i>	64
-------	---	----

8.1.2	<i>Bilaga nr 2; Intervjuguide</i>	66
-------	-----------------------------------	----

8.1.3	<i>Bilaga nr 3; Brev från NSD</i>	68
-------	-----------------------------------	----

8.1.4	<i>Bilaga nr 4; Informationsbrev till studiedeltagare</i>	70
-------	---	----

8.1.5	<i>Bilaga nr 5; Skriftligt samtycke från studiedeltagare</i>	72
-------	--	----

8.1.6	<i>Bilaga nr 6; Tabell över analysprocessen</i>	73
-------	---	----

SAMMANFATTNING

Denna studies syfte var att utforska personalens upplevelser av brukarmedverkan och recovery i arbetet med inneliggande patienter i en manisk fas. Begreppen recovery och brukarmedverkan utgjorde studiens teoretiska referensram. En kvalitativ metod användes för att svara på problemställningen där åtta studiedeltagare, vilka arbetade inom den psykiatriska slutenvården, intervjuades. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys och ett tema kom fram; *den terapeutiska miljön*. Studiedelagarna uppgav det vara krävande att arbeta med denna patientgrupp. Patienterna var ofta negativa till behandling vilket skapade utmaningar i relationen mellan patient och personal. En tydlig tvåsidighet belystes när det kom till brukarmedverkan vid mani, där det innebar en stor utmaning att hitta balansen mellan att överstyra patienten och att låta patienten fatta beslut han eller hon inte var klar för. Sjukdomsinsikt samt miljöterapi i kombination med mediciner beskrevs vara viktigt för patientens recovery. Samtidigt presenterades många utmaningar med medicineringen som ovilja från patienten, biverkningar och risk för depression. Anhöriga beskrevs vara en resurs för både patienten och personalen. Studiedeltagarna uttryckte en önskan om en utveckling av miljöterapi vid mani där det uttrycktes en tro på att mer fokus på aktivitet kunde vara positivt. Denna studie visade på att brukarmedverkan vid mani både kan främja och hämma patientens recoveryprocess, vilket kräver mycket av personalen. Detta tyder på ett behov för en vidare utveckling av tjänsterna riktade mot människor med bipolär sjukdom, både på institution och i kommunerna.

Nyckelord; *bipolär sjukdom (bipolar disorder), *recovery, *brukarmedverkan (patient participation), *maniskt tillstånd (manic phase).

1.0 INLEDNING

Deegan (1995) uppmärksammade hur viktigt det är att se människan bakom diagnosen, en diagnos som i verkligheten bara existerar på pappret. Hon belyste visdom som nödvändig för att kunna ge meningsfull vård. Men fortfarande pratas det väl i dagens hälso- och sjukvård om ”den schizofrena” eller ”den maniska patienten”? Jag säger inte att det är fel att sätta diagnoser inom psykiatrin, men samtidigt hoppas jag att denna studien kan bidra till att blicken lyfts från journalen och riktas mot människan vi har framför oss.

1.1 *Studiens bakgrund*

Mycket har hänt inom psykiatrin genom årens lopp. Under avinstitutionaliseringen i västvärlden på senare hälften av 1900-talet avvecklades de stora mentalsjukhusen. Det förespråkades att människor med psykisk ohälsa skulle få hjälp att leva i samhället (Markström, 2005). En utveckling som WHO (World Health Organization) ser som positiv är att antalet sjukhussängar på psykiatriska institutioner minskat i de flesta av WHO:s medlemsländer, vilket tyder på en utveckling av tjänster i kommunerna (WHO, 2011). Trots att fler människor med psykisk ohälsa idag kan bo hemma kvarstår behov för förbättringar. Förändringen har medfört problem med att fånga upp alla behov hos människor med allvarlig psykisk ohälsa (Markström, 2005).

Människor med psykisk ohälsa utgör en sårbar grupp i samhället och många dör årligen i Norge av psykisk sjukdom eller störning. Detta är viktigt att vara medveten om i arbetet med människor med bipolär sjukdom. Även om de i det maniska tillståndet kan uppleva en ökad känsla av välbefinnande så lider de en ökad risk för depression och självmord (Poulsen, Munk-Jørgensen, & Bolwig, 2004). År 2010 dog 548 personer till följd av självmord i Norge, här dominerade männen (Statistisk sentralbyrå, 2012). Cirka 50% av de som begår självmord lider av psykisk sjukdom (Poulsen et al, 2004). Människor med psykiska sjukdomar är också ofta utsatta för brott mot de mänskliga rättigheterna. Detta händer både inom och utanför hälso- och sjukvården, men förekommer ofta på psykiatriska institutioner. 92% av Europas länder har någon form av lagstiftning när det kommer till psykiatrisk behandling, men det ger ingen garanti mot brott på de mänskliga rättigheterna (WHO, 2005a). Detta visar att till trots för en positiv utveckling av psykiatrin så kvarstår mycket arbete.

En del i att utveckla den psykiatriska hälso- och sjukvården är att ta hänsyn till individen och bevara hans eller hennes resurser. Grundtanken i recovery är att människor med psykisk ohälsa är människor på samma villkor som alla andra (Deegan, 1995). Recovery beskrivs som en rörelse eller ett begrepp och har på senare år fått större betydelse för hälso- och sjukvården världen över. Recovery och brukarmedverkan är båda viktiga begrepp inom hälso- och sjukvården. De hänger tätt samman då recoveryorienterade tjänster utgår ifrån individen och förutsätter brukarmedverkan (Storm & Edwards, 2012). Recovery är för många ett oklart begrepp och recoveryorienterade tjänster kan ses som resurskrävande. Det finns också föreställningar om att de kan medföra stora risker både för patienterna och samhället (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron, & Kangas, 2006). Då recoveryorienterade tjänster handlar om att människan ska lära sig att hantera sin situation och sträva mot att leva det liv han eller hon önskar, till trots för sjukdom (Deegan, 1988), underlättar det att kunna vara i denna processen i sin hemmiljö. Samtidigt kvarstår det faktum att en del människor i perioder är beroende av psykiatrisk dygnbehandling. I Norge idag arbetas det aktivt för att stärka patienternas möjligheter för medverkan. Detta är i fokus både i Uppträppningsplanen för psykisk hälsa 1999-2008 (Social- och hälsodirektoratet i Norge, 2006) och i den nationella strategin för kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården (Social- och hälsodirektoratet i Norge, 2005). Brukarmedverkan framhävs i Norges statsbudget som en förutsättning för ett framgångsrikt psykiskt hälsoarbete (Social- och hälsodirektoratet i Norge, 2006). Det är idag en lagstadgad rättighet i Norge, både för patienter och anhöriga, även vid inläggning på psykiatrisk institution (Psykisk helsevernsløy, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Att undersöka personalens upplevelser av brukarmedverkan och recovery i arbetet med inneliggande patienter på en psykiatrisk institution är viktigt då miljöterapi är en viktig faktor för patientens recovery. Oeye, Bjelland, Skorpen och Anderssen (2009) beskrev det utspridda användandet av metaforer från familjelivet hos personal inom psykiatrin. Uppfostrande metoder användes i miljöterapi och patienterna kunde respondera på ett barnsligt sätt, som att slå i dörrar eller göra grimaser. Patienter har visat sig bli mindre benägna att använda omogna försvarsmekanismer när de upplever enighet med personalen (Lieberman, Von Rehn, Dickie, Elliott, & Egerter, 1992). Goffman (1961) beskrev vidare hur den psykiatriska patienten, i det han eller hon blivit inlagd på en psykiatrisk institution för första gången, påverkades av samma yttre omständigheter som andra inlagda patienter. Detta skapade karaktärsdrag, vilka gjorde att patienterna liknade varandra, utan att det hade med sjukdomen att göra. Dessa exempel belyser vikten av att utveckla miljöterapi inom

psykiatrin för att främja en positiv recoveryprocess. En del i detta är att skapa en individanpassad omvårdnad med brukarmedverkan i centrum.

Ovan har argument presenterats för varför det är relevant med forskning på personalens perspektiv när det kommer till brukarmedverkan och recovery på psykiatriska institutioner. Nedan beskrivs min egen bakgrunds betydelsen för val av tema.

1.1.1 *Min egen bakgrunds betydelse för val av tema*

Med egen erfarenhet som sjuksköterska inom den psykiatriska slutenvården vet jag att det finns många utmaningar knutna till brukarmedverkan, framför allt hos patienter som är i akuta tillstånd. Jag har upplevt svårigheter med att bedöma när det är rätt att låta patienten fatta sina egna beslut, och när det inte är det. Patienter som är i en manisk fas kan sakna insikt och ha svårt att se konsekvenserna av sina handlingar. Personalen har då en viktig uppgift med att hjälpa patienten att kontrollera tillvaron. Från mitt sätt att se det handlar detta om en balansgång mellan att ta för mycket kontroll över patientens beteende och att ge patienten för mycket ansvar i en sårbar fas. Här handlar det om att ge god omvårdnad. Det är enligt min mening otroligt viktigt att sätta gränser för patienten på ett respektfullt sätt och fortlöpande bedöma när det går att låta patienten ta mer ansvar. Jag har tydligt sett att brukarmedverkan har stor betydelse för patientens recoveryprocess i den maniska fasen; både hur det har stärkt patienten och hur det, när patienten får för mycket ansvar, har ökat ångestnivån och symptomen.

På bakgrund av detta har jag utvecklat ett intresse för att, utifrån ett personalperspektiv, undersöka sambandet mellan patientens recoveryprocess och brukarmedverkan hos inneliggande patienter som är i en manisk fas.

1.2 *Definitioner och avgränsningar*

För att underlätta för läsaren kommer här definitioner av relevanta ord och begrepp att presenteras, följt av en beskrivning av studiens avgränsningar.

1.2.1 *Definitioner*

Nedan definieras viktiga ord och begrepp;

- *Recovery* kommer också att benämnas som *recoveryprocessen* och *förbättringsprocessen*.

- Det finns många ord för att beskriva patientens involvering och medverkan. I denna studie används *brukarmedverkan*.
- *De professionella* eller *personalen* kommer att användas för att beskriva personal. Det handlar då främst om miljöpersonal inom den psykiatriska hälso- och sjukvården.
- *Patienter* är de människor som tar emot tjänster från hälso- och sjukvården, och kommer att användas i denna uppsats då huvudfokus ligger på psykiatrisk slutenvård.
- *Patienter i en manisk fas* kommer också att beskrivas som *patienter med maniska tillstånd* eller *patienter med mani*.
- Men *bipolär sjukdom* menas i huvudsak bipolär sjukdom typ I då fokuset ligger på patienter som är i en manisk fas.
- *Psykisk ohälsa* kommer att användas för att beskriva psykisk ohälsa och sjukdom.

1.2.2 Studiens avgränsningar

Avgränsningar har tagits med hänsyn till problemställningen och strukturen för denna masteruppsats. Det är viktigt med ett patientperspektiv på samma problemställning men i denna studie har personalperspektivet valts, detta med tanke på att det är viktigt att få personalens perspektiv för en vidare utveckling av psykiatrin. Även om ett patientperspektiv hade gett värdefull information hade det utifrån studiens struktur inte varit möjligt att få med bägge perspektiven. För att göra patienternas röst hörd har studier med patient- och personalperspektiv inkluderats i de teoretiska delarna av uppsatsen.

Studiens fokus ligger på patienter i en manisk fas som är inlagda på en psykiatrisk avdelning. Människor i den akut maniska fasen ofta är i behov av denna omsorgsnivå. I denna fas förekommer stora utmaningar för personalen när det kommer till brukarmedverkan. I tillägg till studier om brukarmedverkan och recovery vid bipolär sjukdom inkluderas studier om människor med allvarlig psykisk sjukdom. Bipolär sjukdom är en allvarlig psykisk sjukdom vilket gör dessa studier relevanta i detta sammanhang.

1.3 Belysning av forskningsfältet

På detta tema kommer det mer och mer forskning. Flera studier med både patient- och personalperspektiv på recovery och brukarmedverkan vid allvarlig psykisk sjukdom och bipolär sjukdom presenteras här.

1.3.1 Recovery och bipolär sjukdom

Flera studier har undersökt påverkande faktorer på recoveryprocessen hos människor med bipolär sjukdom (Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, & Harvey, 2010a; Yan-Meier et al, 2011; Wingo, Baldessarini, Compton, & Harvey, 2010b; Powell, Yeaton, Hill, & Silk, 2001). Äktenskap och färre år av sjukdom var positivt associerat med funktionell recovery (Wingo et al, 2010a), utbildning hade positivt påverkan på daglig funktion (Wingo et al, 2010a; Powell et al, 2001), lägre ålder och lägre grad av depression hade positiv betydelse för social och funktionell recovery (Wingo et al, 2010b), utbildning, anställning och involvering i självhjälpssgrupper relaterades till en bättre funktionsnivå i det dagliga livet, utbildning förutsade mer effektiv hantering av sjukdom (Powell et al, 2001) och stressfulla situationer i livet kunde förlänga recoveryprocessen efter en manisk episod (Yan-Meier et al, 2011). Bland personal inom psykiatrien visade en studie att de var positiva till att adaptera en recoverybaserad inriktning, men de var negativa till en del av recoveryprocessen; att låta patienterna ta risker och begå misstag (Cleary & Dowling, 2009).

1.3.2 Patientens erfarenhet av recovery

Här presenteras två studier om patienters erfarenheter av recovery vid bipolär sjukdom (Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2012; Mansell, Powell, Pedley, Thomas, & Jones, 2010) och en studie om informationens betydelse för recovery från allvarlig psykisk sjukdom (Bielavitz, Wisdom, & Pollack, 2010).

Veseth med flera (2012) utförde en kvalitativ studie där 13 deltagare, med bipolär sjukdom, intervjuades om sin recoveryprocess. Resultatet visade på en ambivalens mot att släppa det maniska stadiet. Deltagarna hanterade upp- och nedgångar i livet genom att hålla fast vid något, ett "ankare". Det hjälpte att bli uppmärksam på signaler från sig själv och andra och att hitta sätt för att ta hand om sig själv. Att hantera depression, utan att hamna i en manisk fas, var viktigt i recoveryprocessen. Att ha egenomsorg, använda familj och vänner och positivt betingade aktiviteter hjälpte.

Mansell med flera (2010) undersökte recoveryprocessen vid mani och depression hos 11 vuxna med bipolär sjukdom. Studiedeltagarna hade ambivalenta känslor inför flera aspekter av recoveryprocessen; medicinernas biverkningar påverkade livskvaliteten negativt och de strävade med att erkänna sårbarheten de bar på och samtidigt ha en identitet som inte byggde på diagnosen. Att söka efter information och acceptera situationen underlättade recoveryprocessen. Några av studiedeltagarna sa att de inte hade "recovered" då de fortfarande hade sjukdomen, de hade bara lärt sig att leva med den.

Bielavitz med flera (2010) undersökte informations betydelse för recovery. 12 patienter med allvarlig psykisk sjukdom intervjuades. Resultatet visade att de önskade information, anpassad efter deras förmåga att förstå, på rätt tidpunkt i förbättringsprocessen. De ville också, vid behov för det, få hjälp av personalen för att förstå informationen. De sökte information om sjukdom, medicin, behandling och om policys och beslut som kunde påverka kvaliteten och tillgängligheten på den vård de mottog. Tillräcklig information sågs som en förutsättning för att kunna fatta egna beslut i recoveryprocessen.

1.3.3 Brukarmedverkan och psykisk ohälsa

Här presenteras både personalens och patienternas perspektiv på brukarmedverkan vid psykiatrisk dygnbehandling (Anthony & Crawford, 2000; Storm & Davidson, 2010) och personalens erfarenheter av brukarmedverkan inom psykiatriska tjänster i kommunen (Myklebust & Bjørkly, 2011).

Anthony och Crawford (2000) beskrev upplevelser av brukarmedverkan hos sjuksköterskor på psykiatriska avdelningar. Barriärer mot brukarmedverkan var begränsade resurser, patienternas mentala tillstånd, brist på motivation hos patienterna, negativa attityder hos personalen, bristfällig information till patienterna, konflikter mellan personalens ansvar och plikter och att lagstiftningen inte öppnade upp för brukarmedverkan. Underlättande faktorer var att ge information till patienten, dokumentation anpassad efter patienten, hög moral och motivation hos personalen, feedback anpassad efter patienten och värdesättning av patientens involvering. Studiedeltagarna upplevde en långsam men positiv förändring när det kom till brukarmedverkan, men uttryckte oro för att detta var beroende av individer i personalgruppen.

Storm och Davidson (2010) beskrev både patienternas och personalens perspektiv av brukarmedverkan på distriktspsykiatriska center. Dessa teman uppstod; a) möjligheter att delta i att fatta beslut om behandling och livssituation; *patienterna* upplevde att de kunde påverka i några situationer men inte alltid, *personalen* uppgav brist på tid och för lite intresse från patienterna som utmaningar, b) att delta på aktiviteter, som en del av behandlingen, organiserade av personalen; *patienterna* beskrev hur deras mentala tillstånd eller brist på förståelse för betydelsen av aktiviteten som barriärer för att delta, *personalen* beskrev svårigheter med att hålla patienternas motivation uppe över tid, och c) att bli sedd och hörd; *patienterna* beskrev personalen som trevliga, förstående, stödjande och omsorgsfulla. Konflikter kunde uppstå vid olika åsikter, rigiditet hos personalen eller brist på information eller närvaro av personalen, *personalen* beskrev en bra dialog som viktig för behandlingen.

Myklebust och Bjørkly (2011) undersökte hur personal upplevde brukarmedverkan vid utmanande interaktioner. Sju studiedeltagare från psykiatrisk hälso- och sjukvård i kommunen deltog. Resultatet visade att studiedeltagarna såg brukarnas mål som viktiga. De försökte vara flexibla för att skapa en meningsfull relation till brukarna. Detta såg också brukarna som viktigt. I mer utmanande relationer kontrollerades ofta arbetet helt av ena parten. Brukarens dominans kunde leda till att personalen okritiskt infriade alla önskemål. På andra sidan kunde personalen ta full kontroll och köra över brukarens vilja. Båda situationer beskrevs som oönskade.

1.4 Studiens syfte

Syftet med denna studie är att skaffa mer kunskap om hur personal, inom den psykiatriska slutenvården, upplever brukarmedverkan och recovery i arbetet med patienter i en manisk fas. Detta för att få en förståelse för hur studiedeltagarna erfar sambandet mellan brukarmedverkan och patientens förbättring i den maniska fasen, samt hur de uppmärksammar detta i sitt arbete. Studien syftar också till att skapa en grund för vidare studier, implikationer för vidare forskning kommer sist i uppsatsen. Målet med att skaffa mer kunskap om detta är att delta till den vidare utvecklingen av psykiatrin.

1.4.1 Grundlag för val av tema

Litteraturen visar att till trots för mycket uppmärksamhet riktad mot brukarmedverkan, kvarstår många utmaningar knutna till att involvera patienterna i den psykiatriska

slutenvården. Det finns också begränsat med kunskap om hur personal inom slutenvården uppmärksammar brukarmedverkan och recovery i sitt arbete. Detta visar vikten av mer kunskap och forskning på detta område. Här kan denna studie bidra med personalens perspektiv på sambandet mellan brukarmedverkan och patientens förbättringsprocess i den maniska fasen.

1.4.2 Problemställning och forskningsfrågor

Problemställningen i denna studie är; ***Vilka erfarenheter har personal på en psykiatrisk avdelning med brukarmedverkan och recovery i arbetet med patienter i en manisk fas?*** För att förtydliga problemställningen har dessa två forskningsfrågor utarbetats;

- *Hur uppmärksammar personal brukarmedverkan och recovery i arbetet med inneliggande patienter som är i en manisk fas?*
- *Vilka faktorer upplever personalen påverkar deras arbete med brukarmedverkan och recovery i omvårdnaden av inneliggande patienter som är i en manisk fas.*

I detta kapitel har bakgrund och argument för val av tema lyfts fram och tidigare studier med fokus på brukarmedverkan och recovery har presenterats. Vidare har studiens syfte och problemställning beskrivits. Nästa kapitel handlar om studiens teoretiska perspektiv.

2.0 TEORETISKT PERSPEKTIV

I detta kapitel beskrivs begrepp med relevans för denna studie. Kapitlet börjar med begreppet recovery följt av brukarmedverkan. Brukarmedverkan utgör en viktig del i recoveryprocessen. Detta följs av en beskrivning av diagnosen bipolär sjukdom och den maniska fasen. Till slut förklaras vad miljöterapi innebär och var fokuset ligger när en patient är i en manisk fas.

2.1 *Recovery som begrepp*

För att kort precisera recovery så är det en personlig och unik process med syfte att ändra attityder, värderingar, känslor, mål, färdigheter och/eller roller. Det betyder att individen, även med de begränsningar psykisk ohälsa medför, kan leva ett tillfredsställande och meningsfullt liv (Anthony, 1993).

Begreppet recovery vid allvarlig psykisk sjukdom härstammar från två perspektiv; de professionella och människor med psykisk ohälsa (Davidson, O'Connell, & Tondora, 2005). Slade (2009) benämner begreppets två betydelser med; *klinisk recovery* och *personlig recovery*. Klinisk recovery; stammar från professionella inom psykiatrin och handlar om att patienten skal "komma tillbaka till det normala", bli symptomfri och återskapa sociala funktioner. Personlig recovery kommer från människor med egen erfarenhet av psykisk ohälsa. Personlig recovery skiljer sig från klinisk recovery i det att sjukdom och symptom endast ses som en del av människan. Personliga mål kan uppnås till trots för sjukdomen. Nedan ges en översikt över recoveryprocessens betydelse för människor med psykisk ohälsa, hälso- och sjukvårdstjänsterna och de professionella.

2.1.1 *Vad recovery innebär för människor med psykisk ohälsa*

Människor med psykisk ohälsa har själva uttryckt att recovery kräver egeninsats och uthållighet. De ville inte att någon annan skulle bestämma vad de skulle göra utan de ville själva utarbeta strategier för att hantera sjukdomen. Huvudmålet var att leva ett meningsfullt liv, och inte att bli symptomfri (Borg, 2009). Recovery handlar här också om återhämtning från att ha fått en allvarlig diagnos och den traumatiska upplevelse det för många innebär att bli behandlad som en psykiatrisk patient (Davidson et al, 2006). Recovery vilar på de tre hörnstenarna hopp, vilja och ansvarsfullt handlande. Det ger inte en slutprodukt eller total frånvaro av smärta eller motgång, utan är ett sätt att leva, en attityd och ett sätt att hantera

dagens utmaningar på. Detta medför en paradox; genom att acceptera det vi inte kan så upptäcker vi våra möjligheter (Deegan, 1988).

Människor med bipolär sjukdom har påpekat att recovery för dem kan innebära att leva ett personligt tillfredsställande liv vid sidan av sjukdomen (Todd, Jones, & Lobban, 2012). Det handlar om att bygga en social identitet och en positiv uppfattning om sig själv, till trots för den psykiska sjukdomen, samt att överkomma effekter symptomen kan ha på det dagliga livet (Davidson et al, 2005). Upprepade maniska episoder kan påverka personens psykosociala funktion negativt (Rosa et al, 2012). Här har flexibla hälso- och sjukvårdstjänster stor betydelse, både inom specialisthälsotjänsten och på kommunal nivå. Vidare kommer en beskrivning av vad recovery på tjänstenivå kan innebära.

2.1.2 Recoveryorienterade hälso- och sjukvårdstjänster

Recoveryorienterad vård sätter individen i centrum och bygger på personens egna mål, hopp och vilja (Storm & Edwards, 2012). Recovery är inte en gåva som kan ges till patienten utan handlar om att anpassa tjänsterna så att förbättringsprocessen främjas. Då det förekommer stora variationer hos människor med psykisk ohälsa ska tjänsterna vara flexibla i sin utformning (Deegan, 1988). Personens egna styrkor, hopp och behov är essentiella i planeringen och genomförandet av omvårdnaden.

Flera olika verktyg, till exempel individuell omvårdnadsplan, case management och ambulanta team har implementerats i de psykiatriska hälso- och sjukvårdstjänsterna för att främja recoveryprocessen (Storm & Edwards, 2012). Recovery kan ofta förväxlas med rehabilitering, men här menar Deegan (1988) att människor med långvarig psykisk ohälsa inte rehabiliteras, de ”recover” till en ny värdesatt känsla av sig själv. Rehabilitering innebär att ta emot behandling och hjälpmedel för att hantera situationen, medan recovery innebär att nyttiggöra sig livserfarenhetens betydelse för att acceptera och komma över de utmaningar sjukdomen medför.

Davidson med flera (2006) har sammanställt utmaningar som beskrivs hänga ihop med recoveryorienterade tjänster, där huvudfokuset hamnade på resurser och risker. De risker som befarades hänga ihop med recovery kopplades till att människor i akuta tillstånd, till exempel mani, behövde bli bättre och stabilare innan recovery kan diskuteras. Det sågs som paradoxalt att prata om hopp, styrka och drömmar när de i själva verket var beroende av

trygghet, avskärmning och stabilisering. Det framställdes som problematiskt att låta patienten fatta beslut samtidigt som personalen har ansvar för denna persons liv och hälsa i den akuta fasen av sjukdomen. Från patientens perspektiv sätts inte recoveryprocessen på paus. Den akuta episoden handlar om en tillfällig störning, eller till och med en naturlig del, i recoveryprocessen. Så länge en människa inte utgör fara för sig själv eller andra, så är det inte bara en rättighet att få fatta egna beslut, utan också ett ansvar. Människor behöver ha rätten att fela för att kunna lära av sina misstag. Även om recoveryorienterade tjänster kan ökar riskerna så handlar det primärt om att öka en människas möjlighet att ta risker framför att öka riskerna för oönskade händelser (Davidson et al, 2006).

Att erbjuda tjänster som bygger på brukare, så som självhjälps grupper och erfarenhetskonsulenter, blir betydelsefullt för att nyttiggöra sig andras erfarenheter. Dessa människor kan i mötet med varandra förmedla hopp och kunskap om att leva i recoveryprocessen (Deegan, 1988). Vidare kommer betydelsen av recovery att beskrivas ur ett personalperspektiv.

2.1.3 Recovery för de professionella

Personalens uppgift är att hjälpa patienten mot recovery, men själva arbetet måste patienten göra själv (Slade, 2009). Människor erfar psykisk ohälsa individuellt och upplevelsen av recoveryprocessen varierar (Davidson et al, 2005), vilket gör det viktigt att som professionell vara flexibel. Viktiga egenskaper hos personalen blir att lyssna på och respektera patientens åsikter, att tro på att recovery är möjligt och att upphöja patientens resurser och kapacitet (Lakeman, 2010). Deegan (1988) lyfter också fram hur de professionellas attityder har stor betydelse för miljön runt patienterna. Tanken om ”vi och dom”, där personalen ser sig själva som normala och patienterna som onormala, skapar hinder för människor i recovery. Personalen kan då se det som sin uppgift att få människor de anser vara i en ”onormal värld” att passa in i sin egen ”normala värld”. Personalens medvetenhet om egna sårbarheter och svagheter ökar förståelsen för patienternas upplevelse av situationen.

Brukarmedverkan är ett fundament i recovery och recoveryorienterade tjänster (Storm & Edwards, 2012), vilket kräver att de professionella är mottagliga för patientens behov och önskemål samt stöttar en god dialog och en trygg relationen (Hanssen, Humerfelt, Kjellebold, Norheim, & Sommersest, 2010). Här följer en beskrivning av begreppet brukarmedverkan.

2.2 Brukarmedverkan

En orsak, bland andra, till att brukarmedverkan blivit mer och mer aktuellt på senare år är det faktum att hälso- och sjukvården de senaste decennierna har förändrats från akutvård till att hantera mer kroniska tillstånd. Fokuset har då flyttats från att bota sjukdom till att lindra symptom och långvariga relationer mellan patient och professionell har blivit vanligare (Charles, Gafni, & Whelan, 1997). I detta avsnitt kommer först patientens lagliga rättigheter, både internationellt och nationellt, att beskrivas. Efter det kommer en fördjupning av begreppet brukarmedverkan.

2.2.1 En internationell överblick över patientens rättigheter inom psykiatrin

Globalt sett är endast 36 % av människor i låginkomstländer skyddade av en lagstiftning som berör mental hälsa, detta jämfört med 92 % i höginkomstländer. Här kan en utvidgad lagstiftning beskydda de mänskliga rättigheterna och utveckla tjänsterna i positiv riktning. Det är också stor skillnad när det kommer till brukarorganisationer. Dessa finns representerade i 83% av höginkomstländerna jämfört med i 49% av låginkomstländerna (WHO, 2011). Som beskrivits tidigare kvarstår stora utmaningar på de psykiatriska institutionerna knutna till patienternas möjligheter att kunna påverka sin situation (WHO, 2005b). En lagstiftning med utgångspunkt i de mänskliga rättigheterna kan öka kvaliteten på tjänsterna (WHO, 2011). Utveckling av lagstiftningen inom psykiatrin internationellt sett kan enligt WHO skydda patientens rätt till autonomitet, frihet och rättigheter att delta i beslut om behandling. Några exempel på hur lagstiftning kan fylla detta syfte är att undvika inläggningar på tvång så långt det är möjligt. Detta ska endast vara ett alternativ när tydliga och objektiva kriterier uppfylls. Opassande restriktioner på autonomitet och frihet ska förebyggas (WHO, 2005b). Norge tillhör ett av de länder som har en lagstiftning vilken berör psykiatrisk behandling och brukarmedverkan. Denna kommer att beskrivas närmare nedan.

2.2.2 Lagstiftningen om brukarmedverkan inom psykiatrin i Norge

Brukarmedverkan är högaktuellt på den politiska agendan i Norge idag. Social- och hälsodirektoratet i Norge (2005) har presenterat en nationell strategi för kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården. Ett av målen är att ge brukarna mer inflytande i att utarbeta, utvärdera och förbättra tjänsterna. Brukarmedverkan utgör också ett centralt tema i Uppträppningsplanen för psykisk hälsa 1999-2008 (Social- och hälsodirektoratet i Norge, 2006), där mer brukarmedverkan är en av förutsättningarna för att uppnå målen i planen.

Lagstiftningen i Norge skyddar patientens möjlighet att påverka sin behandling (Psykisk helsevernslav, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Här preciseras också att brukarmedverkan även innefattar patientens anhöriga (Social- och helsodirektoratet i Norge, 2006). Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) gäller vid planering och genomförandet av psykiatrisk behandling. Syftet är att beskydda patientens liv, integritet och människovärde. Patienten har rätt att delta i genomförandet av hälso- och sjukvården, inklusive val av passande metoder för undersökning och behandling. Det är viktigt att ta hänsyn till individens förmåga att förstå och ge information. Om patienten saknar förmåga att uttrycka sig ska närmsta anhöriga ges möjlighet att delta tillsammans med patienten.

I lagen styrs förhållandena för när och hur en patient kan behandlas på tvång i Norge. Detta ska alltid ske med hänsyn till patientens egen vilja i situationen. Patienten måste ges möjlighet att prata och bli hörd innan beslut om tvungen psykiatrisk behandling fattas. Även om ett sådant beslut fattas har patienten fortsatt en rätt att delta. Lagstiftningen reglerar också användningen av tvångsåtgärder vid psykiatrisk behandling och preciserar att också vid inläggning på tvångsparagraf ska patienten, så långt det är möjligt, få möjlighet att delta i planering och genomförandet av behandlingen (Psykisk helsevernslav, 1999).

Brukarmedverkan handlar inte om att ta bort ansvaret från de professionella (Social- och helsodirektoratet i Norge, 2006). Patienter kan ibland sakna förmåga att delta i beslutfattande och då är det viktigt att alltid ha patientens bästa i åtanke. Hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete med hänsyn till de krav på professionellt ansvar och passande omvårdnad som förväntas utifrån kvalifikationer och situation (Helsepersonelloven, 1999).

2.2.3 Brukarmedverkan som begrepp

Brukarmedverkan innebär en uppenbar relation mellan dialog och delad beslutfattning hos patient och professionell (Thompson, 2007). Detta förutsätter en god relationen. Relationen är beroende av hjälparens förmåga att förstå patientens perspektiv, se individen bak diagnosen, ge patienten tid, samt öppenhet för att diskutera och reflektera över patientens egna värderingar i situationen. Patientens mentala hälsa, förmåga att kommunicera och motivation blir här viktigt (Storm, 2009).

Brukarmedverkan innebär att patienten ska ha möjlighet att påverka de beslut som fattas, vilket leder oss in på begreppet *delat beslutfattande*. Detta är en modell för beslutfattandet

inom hälso- och sjukvården. Begreppet karaktäriseras enligt Charles med flera (1997) av dessa fyra drag; 1) innefattar minst två deltagare – den professionella och patienten, 2) bägge parter skal delta i den beslutsfattande processen, 3) information ska delas innan beslutet fattas – vilket betyder att både professionell och patient ska informera den andra parten om det som har betydelse för kommande beslut, och 4) ett beslut fattas, vilket bägge parter samtycker till, vedrörande behandlingen. Som med de flesta modeller har även denna sina utmaningar, bland annat att några av karaktärerna är närvarande i varierade grader. Det är också ovisst till vilken grad patienten måste ha varit delaktig i processen för att ha haft möjlighet att vara med och påverka det beslut som fattas. Thompson (2007) beskriver fyra aspekter av beslutsfattande med olika nivåer av brukarmedverkan inom hälso- och sjukvården; *paternalism*; den professionella vet bäst och patienten är mottagare till information utan att inkluderas i beslutsfattningen, *delat beslutsfattande*; både patienten och den professionella involveras i beslutsfattningen, *professionell-som-ombud*; den professionella har den tekniska expertisen, men patienten kan påverka beslutsfattningen, och *informerad beslutsfattning*; här överförs den tekniska expertisen till patienten för att göra han eller henne kapabel att fatta de slutgiltiga besluten.

Att hitta en balans när det kommer till att fatta beslut om behandling är essentiellt. Denna balans är individuell och utgår från den karaktär relationen mellan professionell och patient har, samt patientens egna personliga drag (Charles et al, 1997). *Psykiatrisk paternalism* är ett viktigt begrepp i detta sammanhang, vilket innebär att personalen i vissa situationer handlar utifrån vad de tänker är bäst för patienten. Målet är att undvika psykisk eller fysisk skada på patienten (Edwards, 2010). En viktig faktor är att inte alla patienter önskar att involveras. Detta beror ofta på kontext och situation, allvarlighetsgrad av sjukdom, personlighet och relationen mellan patient och professionell (Thompson, 2007). Det har visat sig att få patienten önskar att ha hela ansvaret för de beslut som fattas, medan de flesta önskar att bli hörda och ha möjligheten att påverka till viss grad (Charles et al, 1997). Detta blir ytterst viktigt i mötet med människor som är i akuta faser av sin sjukdom, till exempel ett maniskt tillstånd. Nedan kommer bipolär sjukdom och den maniska fasen att beskrivas för att få en bättre förståelse för vad recovery och brukarmedverkan kan innebära för denna patientgrupp.

2.3 Bipolär sjukdom

Bipolär sjukdom är en livslång sjukdom. För att få diagnosen ska man ha haft minst två sjukdomsepisoder där den ena ska ha varit mani, hypomani eller ett blandningstillstånd.

Förloppet när det kommer till symptom, intensitet och frekvens av sjukdomsepisoder är individuellt. Diagnosen delas in i två typer, typ I och typ II. Bipolär sjukdom typ I karaktäriseras av depressioner och manier (i vissa fall bara manier) och typ II karaktäriseras av depressioner och hypomanier (Poulsen et al, 2004). Då denna studie riktar sig mot patienter i en mansik fas ligger fokus på bipolär sjukdom typ I, vilken vidare benämns som bipolär sjukdom.

2.3.1 Det maniska tillståndet

En manisk episod kommer ofta plötsligt och utvecklar sig till en mani under bara några få timmar eller dagar. Den kan i enstaka fall komma smygande över längre tid. Om personen inte tar emot behandling varar episoden ofta under två till åtta månader, men det förekommer även kroniska tillstånd. Symptomen på mani är bland andra hyperaktivitet, rastlöshet, oro, hög verbal aktivitet, tankekaos, hämningslöst beteende, nedsatt sömnbehov, grandiosa tankar om sig själv, blir lätt distraherad, hänsynslöst och oansvarigt beteende och ökad sexdrift (Poulsen et al, 2004). En manisk fas kännetecknas av att personen har några av dessa symptom i tillägg till ett förhöjt stämningsläge, eller uttalad irritabilitet, under minst en veckas tid (Allgulander, 2005).

Patienter med maniska symptom kan väcka många olika känslor och etiska diskussioner hos andra. Patienten kan ofta överskatta sin egen förmåga, sakna förmåga att känna skuld och skam eller förneka risker som kan uppstå i farliga situationer. Risken finns att de begår handlingar som de kan ångra i efterhand (Kringlen, 2008), som att göra stora inköp, ge sig ut och resa eller inleda förhållanden (Allgulander, 2005). Denna kontrollbrist kan leda till en känsla av fatalism och maktlöshet hos patienten. Människor med egna erfarenheter av maniska tillstånd beskriver hur de ofta gjort och sagt saker de ångrar i efterhand. Graden av kontroll varierar från var episod, men de kommer ofta ihåg allt de gjort i efterhand (Karlsson, 2004). Detta visar hur viktigt det är med behandling mot det maniska tillståndet.

2.3.2 Behandling vid mani

Det är ytterst viktigt att tänka på att akut mani är en medicinsk nödsituation. Snabb och effektiv behandling är nödvändigt för att minska riskerna att patientens tillstånd bidrar till att förstöra arbetssituation, ekonomi och relationer. Förutom de sociala konsekvenserna kan det maniska tillståndet över tid vara livshotande (Belmaker, 2004).

Ofta saknar patienten sjukdomsinsikt vilket, i kombination med en ökad känslan av välbefinnande, kan leda till vägran att motta behandling (Poulsen et al, 2004). Ett problem kan också vara att personen inte söker behandling i den maniska fasen, då han eller hon upplever sig frisk. Den bipolära sjukdomen kan då felbedömas som depression och personen riskerar att få antidepressiva läkemedel eller ECT (Elektrokonvulsiv behandling). Detta kan öka de maniska symptomen (Allgulander, 2005).

När det kommer till den medicinska behandlingen vid bipolär sjukdom handlar det både om att behandla det akuta stadiet av manin och att förebygga nya episoder. En stor utmaning är att få patienten att gå med på att ta mediciner, vilket ofta är beroende av sjukdomsinsikt eller biverkningar. Den akut maniska fasen behandlas ofta med antipsykotiska läkemedel (till exempel Olanzapin). Ofta kombineras flera läkemedel för optimal effekt. Lithium är det läkemedel som i första hand används som förebyggande behandling vid bipolär sjukdom (Poulsen et al, 2004). Förutom den medicinska behandlingen har miljöterapi stor betydelse i den maniska fasen, vilket beskrivs nedan.

2.4 Miljöterapi

Miljöterapi är en form av behandling som involverar planerad användning av interaktioner mellan patienter och personal i avdelningen dygnet runt. Den terapeutiska miljön kan variera gällande teori, mål och tillämpning. Avdelningarna i denna studien använde Gundersens fem miljöterapeutiska processer; beskydd, stöd, struktur, engagemang och bekräftelse, i miljöterapi. Dessa processer är byggt upp som en steg med beskydd längst ned och bekräftelse högst upp. För att veta var patienten är på stegen, och med det avgöra fokuset i miljöterapi, tas en GAF-score. GAF (Global assessment and functioning) är ett verktyg som används för att mäta patientens symptom- och funktionsnivå. En låg score betyder att fokuset ska ligga på beskydd och ju högre score desto högre upp på stegen skal fokuset i miljöterapi ligga (Thorsvik Henriksen et al, 2011).

2.4.1 Miljöterapi för patienter i ett maniskt tillstånd

När en patienten är i en manisk fas är det viktigt planera miljöterapi efter patientens handlingar och inte bara baserat på patientens önskemål. Patienten behöver ofta hjälp att kontrollera sitt beteende. En omgivning med fokus på beskydd, stöd och struktur minskar ofta symptomen (Thorsvik Henriksen et al, 2011).

Några exempel på hur Gundersens miljöterapeutiska processer kan tillämpas vid mani kommer här att presenteras; *Beskydd*; I den akuta fasen av manin kan patienten beskyddas genom att bara vara på rummet, antingen med personal, eller ensam om patienten önskar. *Stöd*; Personalen ska medvetet vara vänlig och tydlig i kommunikationen till patienten och höra på vad patienten har att säga. Klara och tydliga svar på patientens yttringar och information om vad som ska hända och varför är viktigt. *Struktur*; En tydlig struktur över aktiviteter (till exempel telefonsamtal, måltider, besök och promenader) skapar förutsägbarhet i dagen och ger trygghet. *Engagemang*; Denna processen är inte alltid möjlig att integrera i den akut maniska fasen, men det blir mer aktuell senare. Patienten kan då få lov att lyssna på musik, se på tv och läsa tidningar så länge som det handlar om ämnen som inte ökar nivån av ångest. Personalen ska välja teman som är neutrala i samtal och undvika att hamna i diskussioner med patienten. *Bekräftelse*; Denna processen är inte aktuell i den akut maniska fasen. Patienten kan sakna kontroll och agera ut inre känslor vid konfrontationer i diskussioner eller i samtal om svåra teman (Thorsvik Henriksen et al, 2011).

Ovan har omvårdnadsåtgärder för en patient i ett maniskt tillstånd beskrivits. Nedan beskrivs viktiga aspekter att tänka på när det kommer till patientens grad av kontroll och hur personalen kan tvingas att använda tvång med hänsyn till säkerheten för patienten och omgivningen.

2.4.2 Kontroll och säkerhet i den maniska fasen

I den akut maniska fasen är det ofta nödvändigt att avskärma patienten från ansvar och intryck. Patienten riskerar att bli fysisk utmattad av att ha varit i ett hyperaktivt tillstånd över lång tid, vilket kan vara livshotande (Løkensgard, 2008). Samtidigt är det viktigt att inte avskärma mer än nödvändigt. Norvoll (2007) beskriver hur patienter har uttryckt ambivalenta känslor inför det att bli avskärmad. Många associerade det med tvång och upplevde det som kränkande mot sin integritet, medan andra upplevde det som tryggt då de inte behövde ta ansvar och fatta egna beslut i en sårbar fas. En utmaning i omsorgen av patienter som är i en manisk fas är att graden av kontroll kan variera mycket. Karlsson (2004) beskriver hur en person kan ha full kontroll, även i den akuta fasen av manin, och klara att fatta ansvarsfulla beslut. En annan person kan sakna kontroll helt och då utföra handlingar som han eller hon aldrig skulle gjort i sitt normaltillstånd. På grund av patientens brist på kontroll tvingas personalen ibland att använda säkerhetsåtgärder på tvång för att säkra patientens och andras trygghet. Här skiljer man mellan manuella, kemiska och mekaniska säkerhetsåtgärder. En

manuell säkerhetsåtgärd innebär att till exempel hålla fast patienten med händerna, en kemisk säkerhetsåtgärd innebär att ge medicin för att lugna patienten och en mekanisk säkerhetsåtgärd innebär att till exempel spänna fast patienten i en bältessäng. Användning av tvångsmedel ska alltid föregå enligt bestämda föreskrifter och lagar (Løkensgard, 2008). Den lag som omhandlar psykiatrisk slutenvård i Norge har egna paragrafer som styr användandet av tvång (Psykisk helsevernslø, 1999). Tvångsmedel ska alltid vara ordinerats av läkare och ska utföras med respekt för patientens värdighet och integritet (Løkensgard, 2008).

I detta kapitel har teorin som ligger till bakgrund för denna studie konkretiserats. I nästa kapitel kommer det metodologiska tillvägagångssättet att beskrivas.

3.0 METOD

Det metodologiska tillvägagångssättet, med syfte att svara på denna studies problemställning, kommer här att presenteras. Först kommer studiens design, kontext och urval att beskrivas och efter det förberedelserna och utförandet av intervjuerna. Innan analysprocessen beskrivs kommer en etisk reflektion. Kapitlet avslutas med en reflektion över studiens trovärdighet.

Relevant litteratur användes för att inhämta kunskap om ämnet. Vetenskapliga artiklar söktes efter i databaserna Academic search elite, Cinahl och PubMed med nyckelorden brukarmedverkan, recovery och bipolär sjukdom. Se ***bilaga nr 1; Tabell över litteratursök*** för en översikt. Fler artiklar hittades i referenslistan på lästa artiklar.

Artiklar som handlade om allvarlig psykisk sjukdom har inkluderats, då bipolär sjukdom är en allvarlig psykisk sjukdom. Både patienters och personalens perspektiv har setts som intressant för att få med bägge sidor i bakgrund och diskussion av resultatet. För att visa hela recoveryprocessen har även ett par artiklar med fokus på öppenvården inkluderats.

3.1 *Studiens design*

En kvalitativ inriktning användes i denna beskrivande intervjustudie med syftet att undersöka studiedeltagarnas erfarenheter av brukarmedverkan och recovery i arbetet med patienter som är i en manisk fas. Detta möjliggjorde en djupare förståelse av studiedeltagarnas erfarenheter (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Syftet med intervju som metod var att samla in information om studiedeltagarnas förståelse av det studerade fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2009). Detta var en tvärsnittstudie, vilket betyder att all data samlades in under en begränsad tidsperiod (Johannessen et al, 2010). Studiedeltagarna intervjuades individuellt en gång och alla intervjuer genomfördes under maj och juni år 2013. En tvärsnittstudie gjordes för att kunna inkludera fler studiedeltagare och på det sättet få en bredare och fylligare beskrivning av deras upplevelser.

3.2 *Kontext*

Studiedeltagarna arbetade på en psykiatrisk klinik på ett stort universitetssjukhus i en mellanstor stad i Norge. Den psykiatriska kliniken bestod av åtta psykiatriska dygnavdelningar för vuxna och en psykiatrisk akutmottagning. Den psykiatriska akutmottagningen tog emot patienter remitterade från vårdcentral,

jourmottagning eller patienter som var under tvungen psykiatrisk behandling. En kartläggning togs här för att bedöma nästa åtgärd. Mottagningen bestod av åtta enkelrum, varav två på avskärmad enhet. Miljöpersonalen hade ansvar för en eller två patienter tills de blev överflyttade till en dygnavdelning, ett distriktpsychiatriskt center eller skrevs ut. Detta skedde efter max 24 timmar.

Alla dygnavdelningarna var uppbyggda på samma sätt. De bestod av 14 enkelrum; tio rum i en öppen del av avdelningen, för patienter som klarade att samspela med andra, och fyra rum i en avskärmad del för patienter i behov av intensivpsykiatrisk vård. Personalen skiftade mellan de två delarna av avdelningen. De alternerade också mellan de andra uppgifterna i avdelningen, som att vara medicinansvarig eller ha avdelningsansvar och då organisera dagen i avdelningen. Huvudansvaret för patienterna var antingen organiserat i team med två till fyra personalmedlemmar, eller med en primärkontakt. Två av avdelningarna hade personal som var avsatt till att aktivera patienterna. De kunde då erbjuda regelbundna aktiviteter för de patienter som klarade att delta.

Avdelningarna använde Gundersens modell för miljöterapi. Fokuset i arbetet med patienter i en manisk fas var som regel på beskydd, stöd och struktur. En av avdelningarna hade börjat gå mot en kognitiv inriktning i miljöterapi och flera i personalgruppen hade tagit en kurs i kognitiv miljöterapi. Ett par av avdelningarna hade förbestämda rutiner för hur de skulle behandla patienter i en manisk fas, men där togs alltid en individuell bedömning av varje patient innan det utformades en behandlingsplan. Två av avdelningarna var specialiserade på patienter med affektiva sjukdomar. De hade en struktur som var anpassad efter denna patientgruppens behov. Nedan kommer en beskrivning av studiedeltagarna.

3.3 Rekrytering av studiedeltagare

Studiedeltagarna var sju kvinnor och en man. De var mellan 23 och 57 år gamla och hade mellan ett och 26 års erfarenhet från arbete inom psykiatri. Två av dem hade vidareutbildning inom missbruksvård och två hade vidareutbildning inom mental hälsa. Urvalskriterierna var att deltagarna skulle ha en treårig hälso- och socialutbildning, arbeta i en sluten psykiatrisk avdelning/akutmottagning och att de skulle ha erfarenhet med att arbeta med patienter som var i en manisk fas.

Två metoder användes för att rekrytera deltagare till studien; *strategiskt urval* och

snöbollsmetoden. Strategiskt urval innebar att det på förhand var uttänkt vilken målgrupp som kunde ge den värdefulla informationen. Studiedeltagarna valdes från denna grupp (Johannessen et al, 2010). Snöbollsmetoden betyder att en person ombeds att kontakta personer som han eller hon känner (Thagaard, 2009). Denna metoden användes när en bekant till mig, som själv arbetade på den psykiatriska kliniken, tillfrågade kollegor om deltagande i studien.

Efter tillåtelse från forskningsavdelningen på universitetssjukhuset skickades ett mail med kort information om studien till avdelningsledare på fyra psykiatriska avdelningar. Avdelningsledarna ombads att fråga miljöpersonal i avdelningarna, som uppfyllde urvalskriterierna, om att delta i studien. Tre avdelningsledare vidarebefordrade mailen till personalen i avdelningarna. Detta resulterade i två studiedeltagare från två olika avdelningar. En studiedeltagare frågade, på eget initiativ, en kollega på samma avdelning vilken tackade ja till att delta. Den fjärde avdelningsledaren bad en sjuksköterska i avdelningen att rekrytera studiedeltagare. Detta resulterade i tre deltagare från den avdelningen. Genom att använda snöbollsmetoden rekryterades ytterligare två studiedeltagare, en från samma avdelning som en tidigare studiedeltagare och en från den psykiatriska akutmottagningen. Från en av de avdelningar som kontaktades kom ingen respons.

Resultatet blev att åtta hälso- och sjukvårdspersonal, från tre olika psykiatriska avdelningar och från den psykiatriska akutmottagningen, deltog i studien. Ett vanligt antal deltagare i kvalitativa intervjustudier är 15+/- 10. I nyare kvalitativ forskning ses det ofta som positivt att ha ett mindre antal deltagare för att istället fokusera på kvaliteten och djupet på intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009). Utförandet av intervjuerna kommer att beskrivas närmare nedan.

3.4 Intervju som metod i kvalitativ forskning

Intervju beskrivs som en vanligt metod för att samla in kvalitativ data (Johannessen et al, 2010), och ger möjligheten att få inblick i studiedeltagarnas erfarenheter, tankar och idéer (Thagaard, 2009). Syftet med intervjuerna var att få uttömmande information om personalens upplevelser av temat i denna studien.

3.4.1 Intervjuguiden

En intervjuguide, se ***bilaga nr 2; Intervjuguide***, utformades innan intervjuerna utfördes. Detta var en guide över de ämnen som berördes under intervjuerna (Kvale, 2006). En

semistrukturerad modell valdes då det gav möjlighet till viss flexibilitet under intervjutillfället. Detta med tanke på att människors upplevelser lättast utforskas när studiedeltagaren har möjlighet att påverka innehållet i intervjun (Johannesen et al, 2010).

Mycket arbete gick till för att utarbeta frågorna till intervjuguiden för att säkra väl utförda och rika intervjuer. En pilotintervju utfördes med en person som uppfyllde urvalskriterierna. Denna intervju inkluderades inte i studie då intervjudeltagaren var en tidigare kollega till mig, vilket kan ha påverkat mitt utförande av intervjun och intervjudeltagarens svar. Pilotintervjun visade att intervjuguiden var tillfredsställande, men att några av frågorna behövde förtydligas för att undvika missförstånd.

3.4.2 Insamling av data

Alla studiedeltagarna fick möjlighet att välja tid och plats för intervjuerna, detta för att göra dem så bekväma som möjligt med situationen (Dahlberg, Drew, & Nyström, 2001). Intervjuerna varade mellan 16 och 72 minuter, de flesta cirka 30 minuter. Det var stor variation i hur mycket studiedeltagarna utvecklade sina svar, därav variationen av intervjuernas längd. Sju av intervjuerna utfördes på studiedeltagarnas arbetsplats, de flesta under deras arbetstid. En intervju utfördes i studiedeltagarens hem. Under intervjuerna användes intervjuguiden. Ordningen frågorna ställdes på varierade och följdfrågor ställdes vid behov. Studiedeltagarna fick svara på frågorna utan att bli avbrutna. Intervjuerna spelades in på en ljudfil och de lyssnades igenom kort tid efter intervjutillfället för att få en djupare förståelse för innehållet.

3.5 Etiska överväganden

Studien godkändes av "Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste" (NSD), med projektnummer; 33493, se ***bilaga nr 3; Brev från NSD***. Deras riktlinjer för förvaring och hantering av data har följts. Studiedeltagarna mottog skriftlig information om studien innan intervjuerna, se ***bilaga nr 4; Informationsbrev till studiedeltagare***. Där stod att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avsluta sitt deltagande utan konsekvenser. Samtliga studiedeltagare gav skriftligt godkännande till deltagande i studien, se ***bilaga nr 5; Skriftligt samtycke från studiedeltagare***. De ombads att bekräfta att de hade förstått denna information och de fick möjlighet att ställa frågor innan intervjuerna påbörjades. All insamlad data behandlades konfidentiellt och ingen obehörig person hade tillträde till materialet. Transkriptionerna av intervjuerna hade varken namn eller annan information som kunde

avslöja vem deltagaren var. Denna informationen förvarades separerat från transkriptionerna och ljudfilerna. Ljudfilerna och transkriptionerna förstördes när de inte längre behövdes (Dahlberg et al, 2001). Tillstånd för att utföra studien godkändes också av forskningsavdelningen på universitetssjukhuset där studiedeltagarna arbetade.

En annan viktig aspekt var att säkra att ingen studiedeltagare tog skada av att delta i studien. Utifrån innehållet i intervjuerna togs bedömningen att det inte var troligt att någon av studiedeltagarna skulle ta skada av att delta. Samtidigt reflekterades det över detta och jag var observant på eventuella känslomässiga reaktioner hos studiedeltagarna under och efter intervjuerna. Här har de etiska aspekterna beskrivits, nedan presenteras analysprocessen.

3.6 Dataanalysen

De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant för att fånga alla nyanser och detaljer i studiedeltagarnas svar. De transkriberade intervjuerna analyserades med hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys, en vanlig metod i omvårdnadsforskning. Syftet var att reducera textmängden och sortera under kategorier (Elo & Kyngäs, 2008) och beskrivs som en passande metod för att analysera transkriberade intervjuer (Graneheim & Lundman, 2004). Teman och mönster i texten identifieras och kategoriseras (Polit & Beck, 2006). I denna studie användes i grunden en manifest innehållsanalys, där texten presenterades i kategorier utan tolkning, till skillnad från den tolkande latent metod. Samtidigt så var tolkning oundvikligt då en stor mängd text reducerades och kategoriserades för skapa mening för läsaren. Det finns alltid element av tolkning med när man bearbetar en text (Graneheim & Lundman, 2004). Studiedeltagarnas svar har därför tolkats till viss grad, men det har strävats efter att inte läsa in egna känslor och tankar i det som blev sagt. Nedan beskrivs alla stegen i analysprocessen.

3.6.1 Genomförandet av analysen

Några begrepp ska här förklaras innan analysprocessen beskrivs närmare.

- *Kondensering* är en process där text kortas ned utan att förlora essensen.
- En *meningsbärande enhet* är en del av texten som innehåller information som, genom innehåll eller kontext, kan relateras till andra meningsbärande enheter (Graneheim & Lundman, 2004).
- Att *koda* är när ett eller flera nyckelord knyts till en del av texten som handlar om ett specifikt tema (Kvale & Brinkmann, 2009).

Analyseprocessen följde dessa fem steg enligt Graneheim och Lundman (2004);

- 1) Intervjuerna lästes igenom fem gånger för att få en uppfattning av helheten och innehållet. Första gången lyssnades samtidigt ljudfilen igenom för att säkra att transkriptionerna var korrekta. Det reflekterades över huvudinnehållet i texten. De tema som utmärkte sig noterades.
- 2) De delar av texten som berörde studiens problemställning lyftes ut.
- 3) Texten delades in i meningsbärande enheter vilka kondenserades.
- 4) De meningsbärande enheterna placerades in i en tabell, se ***bilaga nr 6; Tabell över analysprocessen***, där de kondenserades, kodades och placerades under subkategorier. Hela texten togs i betraktning i kondenseringsprocessen och när de meningsbärande enheterna kodades.
- 5) Subkategorierna sorterades under huvudkategorier, vilka placerades under ett tema.

Efter analysen skrevs resultatet ned i en löpande text, under kategorier och subkategorier, och citat vävdes in för att understryka viktiga delar av resultatet. För att inte förlora essensen i studiedeltagarnas uttalanden har citaten bevarats på studiedeltagarnas modersmål, norska. Här har de olika stegen i forskningsprocessen beskrivits. Nedan kommer en reflektion över olika faktorer som kan ha påverkat denna process.

3.7 Reflektion över forskningsprocessen

All text innehåller flera olika betydelser, vilket skapar rum för tolkning i varierande grad från personen som närmar sig texten. Detta är viktigt att ha i åtanke när trovärdigheten av kvalitativ data diskuteras (Graneheim & Lundman, 2004).

Med min bakgrund som sjuksköterska på en psykiatrisk avdelning var det viktigt att jag, genom hela forskningsprocessen, reflekterade över min egen förståelse och egna erfarenheter med att arbeta med patienter i en manisk fas. Detta kan ha gett mig en förförståelse med betydelse för forskningsprocessen. "Bracketing", som betyder att sätta förförståelsen inom parantes, är ett begrepp inom fenomenologin. Det handlar om forskarens strävan att sätta sin förförståelse och de egna erfarenheterna åt sidan för att kunna möta datan med ett öppet sinne (Polit & Beck, 2006). Total bracketing av vår egen förståelse är omöjligt, då förförståelse alltid finns där i viss grad, men det är viktigt att reflektera över och försöka separera våra egna erfarenheter från studiedeltagarnas (Dahlberg et al, 2001). En fördel, men också utmaning, med att använda intervju som metod, var att jag har mycket egna upplevelser av att arbeta

med patienter i en manisk fas. Forskare deltar på olika sätt i den situation som studeras och kan inte se bort från sin egen effekt på studiedeltagarna (Johannessen et al, 2010). Kvale och Brinkmann (2009) nämner här begreppet reflekterande objektivitet, vilket betyder att forskaren reflekterar över hans eller hennes inflytande på datan. Vår bakgrund, den professionella så väl som den personliga, blir en betydande del i forskningsprocessen (Johannessen et al, 2010). Men inte bara förståelsen har betydelse för studiens kvalitet. Två begrepp som också handlar om trovärdighet inom forskning är reliabilitet och validitet.

Reliabilitet handlar om resultatens trovärdighet (Kvale & Brinkmann, 2009), och berör hur väl forskningsprocessen har genomförts i tråd med studiens fokus. Val av kontext, urval och datainsamlingsmetod var viktiga steg att tänka igenom. Studiedeltagare med varierade erfarenheter ökade möjligheterna för att få olika aspekter av fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004).

Johannessen med flera (2010) belyser ordet begreppsvaliditet, vilket handlar om relationen mellan fenomenet som undersöks och det konkreta data som utgör resultatet. För att öka validiteten var problemställningen med genom hela forskningsprocessen. Validitet handlar också om trovärdighet och styrka. För att få sanna svar var ett kriterium för medverkan i studien att studiedeltagarna skulle ha egna erfarenheter med att arbeta med patienter som var i en manisk fas. De ombads innan genomförandet av intervjuerna att svara ärligt och uppriktigt. Korta och konkreta frågor ställdes och studiedeltagarna uppmuntrades att svara med sina egna ord, utan att bli avbrutna. Detta beskrivs som kriterier för intervjuer av god kvalitet, vilket var essentiellt för kvaliteten på de senare stegen i forskningsprocessen. Vidare frågor ställdes vid behov för att förtydliga och säkra att svaren förstods korrekt (Kvale & Brinkmann, 2009).

I detta kapitel har studiens metodologiska tillvägagångssätt beskrivits och reflekterats över. I nästa kapitel presenteras det resultat som framkom av intervjuerna och analysen.

4.0 RESULTAT

Här kommer studiens resultat att presenteras. Först visas en tabell med det tema och de kategorier som kom fram i analysen av intervjuerna. Efter det presenteras resultatet i text under kategorierna med ett urval av citat från intervjuerna.

TEMA	KATEGORIER	SUBKATEGORIER
Den terapeutiska miljön	<i>Att arbeta med patienter i en manisk fas</i>	<i>Det kräver nästan hela dig</i> <i>Så det er veldig vanskelig, ikke sant, det å jobbe med maniske. Det krever nesten hele deg ... Ja, så du er ganske sliten når du går hjem ...</i>
		<i>Den sårbara relationen mellom patient och personal</i> <i>Det er viktig å være tydlige, for å skape en relasjon. At du er klar og tydelig ... i kroppsspråk og i tale ... Ydmyk ikke minst.</i>
	<i>Patientens forbedringsprocess</i>	<i>Brukarmedverkan under personalens kontroll</i> <i>En skal forsøke så langt det er mulig når ... de er lagt inn på tvang, men i noen tilfeller så er pasienten så syk at ... den første tiden egentlig bare sørger for at det er søvn, at de får i seg mat å ... de får begrenset sin kontakt ... med omverden i den forstand at ikke de blamerer å gjør ting som blir vondt å leve med etterpå ...</i>
		<i>Mediciner på gott og ont</i> <i>Men den maniske pasient opplever jeg har svært vanskelig for å ta medisiner ... At de er så redde for at de skal havne ned i en depresjon ... At de vil være maniske, og det er forståeligt ...</i>
		<i>Att skapa mening i vardagen innanför avdelningens struktur</i> <i>Hva er godt for de pasientene ... Hva kan me fovente ... hva er målet? Det er jo at de skal få et verdig liv og ... leve godt ute.</i>
	<i>Tillbaka till livet utanför sjukhuset</i>	<i>Anhöriga – en viktig resurs</i> <i>Pårørende er viktig ... å ta med, uansett, tenker me ... Om det er den beste vennen din ... foreldre ... partner eller om det er barn. Så pårørende er en veldig viktig del av pasientene ... De er en kjemperesurs.</i>
		<i>Stöd på vägen tillbaka till livet</i> <i>Det er jo i samarbeid med pasienten ... me kommer alltid til en enighet ... det er brukarmedvirkning der.</i>

4.1 Den terapeutiska miljön

Den terapeutiska miljön är det överordnade tema som kom fram under analysen, nedan presenteras resultatet under kategorier och subkategorier. Här besvaras studiens problemställning; *Vilka erfarenheter har personal på en psykiatrisk avdelning med brukarmedverkan och recovery i arbetet med patienter i en manisk fas?*

4.1.1 Att arbeta med patienter i en manisk fas

Här beskrivs de känslor och upplevelser som personalen kunde ha i arbetet med patienter i en manisk fas och vad som påverkade relationen mellan patient och personal. Detta beskrivs närmare under subkategorierna; *det kräver nästan hela dig* och *den sårbara relationen mellan patient och personal*.

Det kräver nästan hela dig

Att arbeta med patienter i en manisk fas beskrevs av flera studiedeltagare som spännande, men ansvarsfullt och krävande. En studiedeltagare upplevde det vara den patientgrupp med flest inläggningar på tvång och att det ofta tog lång tid innan de lades in. Samtidigt kunde personalen uppleva att patienterna uttryckte tacksamhet när de blev bättre, då de blivit hindrade i att förstöra sitt liv. Studiedeltagarna upplevde patienterna som ostabila, rädda, aggressiva och aktiva, vilket orsakade risk för utageringar. Symptomen kunde ha stark sexuell eller religiös karaktär. En studiedeltagare beskrev patienten så här;

De er høge, de er veldig kontaktsøkende, de har mange jern i ilden, de har mye de har lyst å gjøre, mange ønsker og mange krav, de sover lite ... Stadig nye ting som de trenger å gjøre her og nå, stadig ting som må ordnes med en gang.

Det beskrevs som viktigt att personalen tog hänsyn till sina egna gränser och säkerhet och avlastade varandra. Några studiedeltagare uppgav det vara viktigt att vara professionell, då personalen kunde känna på ilska, irritation, rädsla, trötthet eller rivas med i patientens stämningsläge. En studiedeltagare beskrev hur hon kunde påverkas av patientens förhöjda stämningsläge;

Jeg er sånn munter person selv ... Å veldig sånn positiv. Så i starten ... tror jeg det var ekstra vanskelig for meg å forholde meg til maniske pasienter, for de at jeg er litt manisk selv ... Jeg merker at jeg blir veldig påvirket av det ... Stemningen blir ... veldig bra på et punkt ... når du er kontaktperson.

Studiedeltagarna hade erfarenhet av att brist på sjukdomsinsikt ledde till reaktioner från omgivningen. Patienter kunde ha satt sig själv i allvarliga problem, ofta ekonomiska, innan de lades in. Några studiedeltagarna uppgav det vara viktigt med medvetenhet om patientens brist på insikt i den maniska fasen. Källor till kunskap uppgavs vara kollegor och litteratur. Personalen kunde använda erfarna patienters erfarenheter för att öka insikten hos andra patienter. En del människor fick aldrig sjukdomsinsikt. En studiedeltagare uttryckte därför lättnad när patienterna blev omhändertagna på sjukhuset. Patientens vilja i friskt tillstånd kunde skilja sig mycket från det som uttrycktes i manin. En studiedeltagare tog upp att patienten i efterhand kunde påstå att han eller hon fått fel behandling. Hon belyste vikten att att då lyssna på och respektera patientens upplevelse. Insikten ökade ofta efter hand som patienten blev bättre. Sjukdomsinsikt beskrevs av en studiedeltagare som en av de viktigaste anledningarna till att patienterna blev bättre, samtidigt strävades det efter att undvika känslan av skam. Hon upplevde det vara mer fokus på att göra psykisk sjukdom lika legitimt som fysisk sjukdom idag, än förr, och såg det som positivt. Ett par studiedeltagare visade förståelse för att manin kunde upplevas som positiv för patienten.

Brukarmedverkan sågs som positivt, men studiedeltagarna beskrev det som utmanande och ibland omöjligt att genomföra i praktiken. Detta var en svår balansgång där flera olika faktorer skulle tas hänsyn till; lagar, regler och rutiner på sjukhuset och patientens mentala tillstånd, önskemål och behov;

De er innlagt og vi sier; ”du er for syk til å ta vare på deg selv, derfor er du innlagt på tvang. Du ... er også syk nok til at man har fattet tvangsvedtak ... Så vil man skjerma deg. Og kanskje du er syk nok at ... det er et innskrenkningsvedtak på deg ... i forhold til omverden”. Da har man på en måte lagt en føring som man tenker; ”ok, den her personen er ikke i stand til å ivareta seg selv ...” Og så skal du ... på den andre siden ha brukarmedvirkning.

Detta beskrevs som en nästan omöjlig paradox. En studiedeltagare beskrev det som omänskligt för personalen att tvingas sätta gränser om man inte vetat att det hade effekt. Det upplevdes som en belöning att se att patienten blev bättre av behandlingen.

Den sårbara relationen mellan patient och personal

Upplevelsen av att skapa en relation med patienter i en manisk fas varierade mellan

studiedeltagarna, flera olika faktorer påverkade detta. Patienternas personlighet kunde förstärkas i manin och symptomen varierade. En studiedeltagare upplevde att hon med åren fick mer respekt av patienterna. En annan studiedeltagare uppgav att patienternas höga stämningsläge gav mycket kontakt med dem, samtidigt som det kunde vara svårt att nå in till dem då de ofta pratade konstant. Några studiedeltagare upplevde att patienter inlagda på tvång kunde uppfatta personalen negativt, framför allt primärkontakten, och därför inte öppnade sig för personalen. Relationen blev ofta bättre när patientens symptom lindrades;

*Det blir jo veldig mye grensesetting så du føler deg ... av og til som
"den store stygge ulven" hele veien, som må si nei. Men etter hvert
som de blir bedre så vil jo relasjonen bli bedre og.*

Ett gott samarbete och en god relation kunde skapas genom att personalen förmedlade hopp, gav ärlig och realistisk information, hade ett respektfullt bemötande, kompromissade, hjälpte patienten med de lagliga rättigheterna, var lugn, ödmjuk för den makt man som personal hade över patienten, visade förståelse för patientens sjukdom och använde humor.

Brukarmedverkan bidrog till ett bättre samarbete med patienterna och förutsägbarhet uppgavs skapa trygghet och minska frustration. Det uppgavs vara viktigt att anpassa kommunikationen efter patienten då somliga blev aggressiva av direkt tilltal, medan andra krävde direkt och tydlig kommunikation där personalen tog kontroll. Här beskrevs det vara viktigt att personalen var ödmjuk i mötet med patienten. En studiedeltagare upplevde att hon genom att vara lugn och närvarande kunde lugna ner en orolig patient. Hennes upplevelse var att i de fall en manisk patient angrep personalen så var det ofta för att patienten "gått tom för ord". Hon menade att det ofta gick att få till en allians om man klarade att vara lugn, närvarande och se individen. Hon berättade om hur hon inför nattpass hade läst på i förkant om det som intresserade patienten, och lät han prata om det och efteråt sov han hela natten. Det handlade om att ha en uttänkt strategi;

*Når me kom om kvelden så serverte me han mat ... og me laget de flottaste
smørbrød ... og serverte han maten ... Det var utrolig så godt det virket.
Og me satte oss ned og pratet med han ... og han spiste maten veldig fint.*

Flera av studiedeltagarna uppgav att patienterna ofta var oeniga med personalen. I de fall patienten var frivilligt inlagd kunde det sluta med utskrivning, men ofta var patienter med mani inlagda på tvång. Då försökte personalen kompromissa om möjligt, samtidigt beskrevs

det vara viktigt att utgå från vad som ansågs vara bäst för att patientens symptom skulle lindras. Att använda sunt förnuft beskrevs vara viktigt.

Studiedeltagarnas erfarenheter av patientens orealistiska önskemål var att de kunde hanteras genom att spegla patienten på vad han eller hon ville i friskt tillstånd, eller referera till avdelningens rutiner. Det blev ofta mindre konflikter om patienten hade insikt eller hade varit på avdelningen tidigare. Var patientens symptom starka handlade det om att tänka på vad som var bäst för patienten och graden av brukarmedverkan var ofta låg. Att känna patienten från förr, eller att höra på patientens eller anhörigas tidigare erfarenheter, var viktigt för att patienten fortast möjligt skulle bli frisk. Patienten kunde senare i förbättringsprocessen ge respons på behandlingen och uttrycka sin önskan.

Att visa omsorg och undvika att sätta gränser kunde enligt en studiedeltagare förmedla trygghet i den akuta fasen. Hon beskrev hur patienten ofta blev nyfiken på henne när hon behöll lugnet. Detta hade en bra inverkan på de kaotiska patienterna;

Det er pasienten som oppe i kaoset undrer seg over meg. "Asså, hva er det med hun ... som sitter der? ... Hvorfor gjør hun ikke noe? ... Ja, skal ikke du gjøre noe nå?" ... Nei, jeg skal bare være med deg.

En relation som etablerats upplevdes som stabil under behandlingsförloppet då det låg en ömsesidig tillit hos personal och patient. Relationen kunde påverkas negativt av behandlingen, till exempel vid tvångsmedicinering, då personalen efteråt ofta förknippades med att använda tvång.

Sammanfattning

Det beskrevs som krävande för personalen att arbeta med patienter i en manisk fas. Detta skapade behov för professionalitet och medvetenhet om egna gränser. Brukarmedverkan sågs som positivt, men utmanande på grund av praktiska omständigheter och patientens tillstånd. Flera olika faktorer påverkade relationen mellan patient och personal. Personalen kunde på flera sätt underlätta ett bra samarbete och en god relation till patienten. Relationen kunde förstöras om personalen utövade makt mot patienten.

4.1.2 Patientens förbättringsprocess

Denna kategori beskriver de faktorer studiedeltagarna belyste som viktiga för patientens förbättringsprocess. Personalens upplevelser av miljöterapi och mediciner och vikten av att skapa mening i patientens vardag på sjukhuset presenteras under subkategorierna; *brukarmedverkan under personalens kontroll, mediciner på gott och ont och att skapa mening i vardagen innanför avdelningens struktur.*

Brukarmedverkan under personalens kontroll

Huvuddelen av studiedeltagarna upplevde miljöterapi som en av de viktigaste faktorerna till patientens förbättring. Mani, jämfört med andra psykiatriska symptom, beskrevs vara det tillstånd där miljöterapi var effektivast. Fokus låg på beskydd, stöd och struktur. Detta innebar begränsningar av stimuli och aktivitet, lite kontakt med andra patienter och personal och en tydlig struktur för att skapa förutsägbarhet. En studiedeltagare beskrev hur patienterna i efterhand kunde uppges god effekt av miljöterapi.

Beskydd beskrevs som viktigt i den akuta fasen då för mycket spelrum, till exempel att röra sig fritt i avdelningen runt andra patienter, uppgavs öka symptomen. Rum på avskärmad enhet beskrevs av flera studiedeltagare som bäst, både för patientens och omgivningens skull. Sömn uppgavs vara viktigt oavsett tid på dygnet. En studiedeltagare beskrev hur hon kunde hjälpa patienten att slappna av;

Hvis de tillater at du får sitte inne på rommet i en stol, og at de klarer å legge seg ned og kjenne medisinen virke. At du gjerne bare har en hånd på dyna å sier; "jeg sitter her til du sovner".

När manin innebar en stor belastning för patientens hälsa var det inte rum för brukarmedverkan, detta beskrev ett par studiedeltagare som en balansgång mellan försvarlig omvårdnad och patientens autonomi. Ett par studiedeltagare beskrev samtidigt hur patienterna kunde avskärmats för mycket, då personalen var rädda för att patienten skulle få mer symptom av för mycket stimuli.

Stöd kunde studiedeltagarna ge genom att involvera patienten till viss grad, vilket lindrade känslan av maktlöshet. Patienten var ofta otålig i manin och ville inte vara på avskärmad enhet. Många uttryckte att de var där för länge och jämförde det med ett fängelse. Att släppa upp för fort kunde samtidigt skapa frustration och förvirring hos patienten om behandlingen

stramades in igen. Patienterna kunde i efterhand uttrycka tacksamhet för att ha fått vila och beskydd, samtidigt var de rädda för att hamna på avskärmad enhet igen;

Det er liksom dobbelt, for samtidig så sitter det veldig tungt inne for dem at de har vært på skjerming og ... blitt fratatt sine rettigheter ... De har blitt fratatt sin brukarmedvirkning ... Det er sjelden at pasientene ... sier at; ”ja, det fungerte faktisk med skjerming” ... Jeg tror gjerne de tenker det, men jeg tror ikke de vil si det til oss.

Information kunde minska graden av aggression och frustration. Det beskrevs som viktigt att informera patienten om en gradvis övergång och förklara att personalen ville väl. Patientens förmåga att ta in information var begränsad och de kunde missförstå när läkaren informerade om tvångsinläggning. En studiedeltagare valde då att inte informera patienten på nytt i den akuta fasen, då hon var rädd att informationen skulle göra patienten orolig. Hon menade att det viktigaste var att tänka på patientens bästa. Hon såg inte den informationen som sitt ansvar, men antecknade i journalen och informerade läkaren eller psykologen som skulle ha nästa samtal. En del patienter slappnade av när de informerades om att de var inlagda på tvång, andra försökte rymma. De blev förklarade konsekvensen av detta, att alarm blev utlöst och flera personal kom för att hålla patienten vilket beskrevs som en skrämmande upplevelse för patienten. Bältesläggning kunde bli nödvändigt av säkerhetsskäl. Om patienten fick erbjudande att prata ut med personalen efter en sådan episod, eller inte, uppgav en studiedeltagare vara beroende av individer i personalgruppen.

Samtidigt som information sågs som viktigt uppgav flera av studiedeltagarna det vara för stressigt, för sjuka patienter och avsaknad av rutiner för att ge patientundervisning.

Personalen kunde istället förmedla kunskap till patienterna i enskilda samtal. En studiedeltagare uppgav hur hon förklarade för patienterna att det var viktigt att lägga ifrån sig stress, skjuta fram saker vid behov och att slappna av. Patienterna uppmuntrades att själva känna på sina symptom.

Mer brukarmedverkan uppgav flera studiedeltagare vara önskvärt. Flera fördelar beskrevs; studiedeltagarna berättade att patienter själv uppgav att brukarmedverkan hjälpte dem att bli friska och gav dem en större upplevelse av att kunna påverka sin situation, det gav en mer individanpassad och effektiv behandling och en större öppenhet där personalen kunde visa sina förväntningar på patienten, patienten kunde till trots för ilska och frustration förstå att

personalen ville väl och personalens eget välmående ökade;

Fordelen er ju min egen følelse vil jeg absolutt si ... Jeg synes jo det er greit at pasienten er med på det me gjør, at me ikke blir noen sånn politi og vekter ... At pasienten er med på å bestemme, det er de som kjenner livet sitt, det er de som kjenner sykdommen sin.

Samtlige studiedeltagare kände till lagen om brukarmedverkan. Utmaningar förknippade med praktiserandet av lagen var en för generell lagstiftning och alla de tvångsåtgärder som utfördes på sjukhuset. Studiedeltagarna belyste vikten av att tillvarata patientens rättigheter, som kontakt med advokat och kontrollkommission.

Att följa behandlingsplanen och strukturen, även vid oenighet hos personal eller patient, ökade enligt flera studiedeltagare tryggheten och minskade symptom och frustration hos patienten. Detta uppgav några studiedeltagare variera efter vilken personal som arbetade för tillfället, om det var många nyanställda eller om patienten bytte avdelning. Patienterna försökte ofta tänja på gränserna och frågade olika personalmedlemmar om samma sak. Att känna patienten från förr underlättade för personalen. Erfarna sjuksköterskor och läkare uppgavs av flera studiedeltagare påverka behandlingen. Patientens tillstånd kunde variera utifrån vem kontaktpersonen var. Oerfaren personal kunde bli rädd eller ha problem med att gränssätta patienten

En studiedeltagare upplevde att patienterna inkluderades oftare i att skriva behandlingsplan idag än förr, men detta varierade mellan avdelningarna. En annan studiedeltagare uppgav att det att inkludera patienten, även om allt var förutbestämt, gav en känsla av att bli hörd. Patienten kunde få bestämma innanför en bestämd struktur, som att personalen bestämde vilka aktiviteter patienten kunde ha och hur länge, medan patienten bestämde tidpunkt. Samarbete kunde innebära klara avtal mellan patient och personal. Patienternas önskemål diskuterades på behandlingsmöten.

Mediciner på gott och ont

Mediciner beskrev flera studiedeltagare vara en viktig medspelare till miljöterapi, framför allt i det akuta skedet eller vid långvarig sjukdom. Patienterna blev mer samlade, vilket gjorde kommunikationen mellan patient och personal lättare. En studiedeltagare upplevde medicineringen som effektivare och skonsammare idag än förr. Det uttrycktes av samtliga

studiedeltagare att kombinationen av miljöterapi och mediciner gav bäst effekt. En studiedeltagare upplevde att synen på detta hade förändrats genom åren;

*Når jeg begynte her så syntes jeg det var en veldig sann biomedisinsk
tillnærming til pasienter og jeg traff flere leger som mente at vi oppbevarte,
mens når de foreskrev medisiner så var de det som virket ... Men så har jeg
sett så mange eksempler på at pasienter faktisk har blitt bedre uten medisiner ...
Men at miljøterapien har en stor innvirkning der.*

Patienter kunde ha gått länge utan mediciner innan inläggningen. Symptomen blev ofta starkare när de slappnade av. Flera studiedeltagare hade erfarenhet av att många patienter upplevde god effekt av mediciner och de var då ofta noga med att ta rätt dos vid rätt tid. Andra patienter var inte lika noggranna, eller försökte klara sig utan mediciner efter utskrivning, med risk för återfall. Även om behandlingen tog längre tid utan mediciner hade några studiedeltagare upplevt att patienter blivit bättre av bara stimulibegränsning.

Studiedeltagarna beskrev flera utmaningar med mediciner; att hitta rätt medicin, att det var svårt för patienterna att byta mediciner och risk för biverkningar och depression. Att bli medicinpåverkad hade patienter sagt upplevdes som att mista en del av sin personlighet. Det uttrycktes att det inte var forskat tillräckligt på de mediciner som erbjöds patienterna. Ett problem uppgav en studiedeltagare vara fokuset på kostnadseffektivitet på sjukhuset, där det inte gavs tid till att behandla patienter utan mediciner. Detta resulterade i att somliga patienter blev bättre, medan andra upplevde negativa effekter av medicinerna. Samtidigt beskrev flera studiedeltagare hur medicin ibland var det enda alternativet.

Många patienter var negativt inställda till att ta mediciner, men en del var beroende av dem för att leva ett värdigt liv. Ett par studiedeltagare reflekterade över detta med självbestämmanderätt när det kom till medicinering;

*Skal ikke mennesket selv få bestemme? ... Det som er til grunne for oss
er gjerne ikke det å gå til grunne for pasienten, han vil gjerne leve sann.*

Ett par studiedeltagare hade förståelse för att patienten hellre var i manin, än hamnade i en depression på grund av medicinerna. Studiedeltagarna uppgav att personalen försökte lindra biverkningar. Motvilja dokumenterades och rapporterades till läkarna. Patienten kunde önska att bli frisk utan mediciner, men detta var ofta inte möjligt. Medicinering på tvång kunde bli

aktuellt. Läkare med lång erfarenhet var ofta snabbare med att medicinera patienten än oerfarna läkare. En studiedeltagare uttryckte hur sjuksköterskorna delvis slapp undan då läkaren styrde över medicinerna, samtidigt som de genom att diskutera kunde påverka läkarens beslut. Hon hade själv föreslagit att väldigt sjuka patienter skulle tvångsmedicineras. En annan studiedeltagare beskrev hur det, även då, gick att involvera patienten till viss grad;

”Nå er vi to stykker, du kan få velge, det er jeg eller min kollega som skal sette sprøyten, men en ... skal gjør det.” Så det er noe med å prøve å skape følelsen av at de bestemmer noe ... Medbestemmelsesrett betyr jo ikke at man ... skal ta avgørelser på egne veiner når man ikke er i stand til det ... Man forsøker på alle mulige måter ... å lette litt på det voldsomme ingrepet/overgrepet som ... det oppleves for den som er utsatt for det.

Att skapa mening i vardagen innanför avdelningens struktur

Flera av studiedeltagarna var osäkra på vad begreppet recovery innebar i teorin, men de flesta hade många element av recovery med i arbetet med patienterna. Att förmedla hopp uppgav flertalet av studiedeltagarna vara viktigt för patientens bättring då patienterna kunde uppleva sig instängda. Personalen stöttade patienten i att det skulle bli bättre och poängterade att de var där för att hjälpa dem. Den egna eller kollegors erfarenhet beskrevs som hjälpfull då personalen kunde förmedla hopp, bekräfta patientens känslor, förmedla trygghet, svara på frågor och förklara vad som hjälper. Att ha förväntningar och vara ödmjuk för patientens kunskap om sig själv och sin sjukdom uppgavs förmedla hopp;

*Det er de som kjenner seg selv best, og det er de som kjenner sin sykdom best.
Så det å være litt ydmyk tror jeg formidler mye håp ... At pasienten får lov til å lære deg opp.*

En del patienter upplevde att de saknade hopp. Att prata om positiva saker och bära hoppet för personen förmedlade trygghet, detta behövde inte alltid bli sagt med ord. Andra patienter kunde istället ha grandiosa föreställningar om sig själv och sakna sjukdomsinsikt.

Flera studiedeltagare uppgav att det, förutom att förmedla hopp, också var viktigt att ta hänsyn till patientens personliga mål och resurser. Det faktum att symptomen inte alltid kunde försvinna, men ofta lindras, medverkade till att personalen tänkte att målet var att patienten skulle fungera bra i samhället. Detta uppgavs vara individuellt och det beskrevs vara viktigt att höra på patientens egna mål.

Brist på sjukdomsinsikt beskrevs göra det svårare att få reda på patientens personliga mål, han eller hon hade kanske inga, eller så var de orealistiska. I manin beskrevs det inte vara rätta tidpunkten att ta ifrån dem mål. För att hantera detta kompromissade personalen, eller satte delmål. De förklarade för patienten att de målen han eller hon kom med blev aktuella längre fram. En studiedeltagare kombinerade patientens mål med de hon ansåg vara realistiska, vilket kunde resultera i att målen i behandlingsplanen ibland spretade åt olika håll.

Några studiedeltagare uppmuntrade patienten att ta upp sina personliga intressen under inläggningen. Det sågs som viktigt med mening i vardagen, med syfte att få patienten ut till sin vanliga miljö igen. Studiedeltagarnas erfarenheter med att låta patienterna utöva sina intressen under inläggningen varierade. Att se deras resurser uppgavs av flera skapa tillit, underlätta kontakt och öka patientens känsla av att mäst situationen. En begränsning var att det inte fanns någon egen plats att dokumentera resurser i journalsystemet. Ofta var det svårt att se resurserna i starten, detta blev lättare när patienten blev bättre. Studiedeltagarna försökte identifiera även de resurser som inte patienten själv förmedlade. Viktiga resurser beskrevs vara kreativitet, vilket uppgavs vara vanligt i denna patientgruppen, men också arbete och nätverk;

Så me tar å bruker de ressursene de har ... og me har veldig fokus på det og de får veldig positiv tilbakemelding og på når de viser sine ressurser ... Sånn at me ikke bare ser det negative ... At me ikke bare ser symptomen men me ser mennesket bak og.

Studiedeltagarna beskrev utmaningar med att tillvarata patienternas intressen; många erfarna i personalen sade upp sig och det var svårt att rekrytera erfaren personal, många vikarier och nyanställda saknade utbildning eller erfarenhet, låg bemanning gjorde att det var svårt använda omgivningen som en del av behandlingen. En studiedeltagare upplevde att patienterna inte fick tillräckligt bra behandling på grund av att där inte var tillräckligt med personal för att aktivera och prata med dem. Bristande resurser beskrevs av en annan studiedeltagare som ett problem i förhållande till att utveckla miljöterapi. Patienternas mentala tillstånd hade också stor betydelse här. I den akuta fasen hade studiedeltagarna inte fokus på aktivitet. Detta på grund av risken för att patienten skulle rymma eller vara för kaotisk. Det kunde upptäckas i efterhand att patienten inte mätte bra av en aktivitet. Samtidigt uttrycktes det att patienterna riskerade att bli understimulerade, vilket kunde ta sig uttryck i att de förstörde inredning. Säkerhetsrutinerna inne på avskärmad enhet och det

faktum att sjukhuset låg mitt i en stad begränsade möjligheterna till aktivitet. Detta uppgavs vara en negativ faktor för behandlingen då det ökade användandet av tvång;

Du kan ikke bruke nærmiljøet ... til behandling. Til å gå ut for de at ... hvis man går ut så kommer man rett på butikken ... og så står pasienten uten klær i butikken ... Hade det vært midt i skogen så hadde det ikke gjort noe ... da kunne man sagt; "bare ta på deg klærne".

Aktiviteter uppgav studiedeltagarna vara lättare att genomföra i öppen avdelning. Önskemål dokumenterades och togs upp efter hand som patienten blev bättre. I de fall patienterna hade hobbyintressen de kunde göra på egen hand, som att måla eller läsa, så tillrättalades det ofta för detta då det kunde inge lugn. Aktiviteter på tu man hand med personal sågs att föredra framför gruppaktiviteter. Det underlättade samtal och gav viktiga observationer. Flera studiedeltagare var positivt inställda till mer aktivitet i behandlingen av mani, ett par studiedeltagare uppgav att det var för lite forskning på detta. Det uttrycktes tro på mer fokus på detta i framtiden. En studiedeltagare berättade att hon hellre hade använt sig själv, och inkluderat mer aktiviteter, i behandlingen om det hade visat sig ha god effekt.

Sammanfattning

Miljöterapi tillsammans med mediciner beskrevs vara huvudorsakerna till patientens förbättring. Personalen kunde genom att inge lugn, ta över kontrollen och hålla på strukturen skapa trygghet. Brukarmedverkan sågs som positivt både för patient och personal, men beskrevs samtidigt vara utmanande på grund av patientens tillstånd och sjukhusets struktur. Medicinernas betydelse upplevdes ha minskat och gett mer plats till miljöterapi. Utmaningar beskrevs vara att hitta rätt medicin, biverkningar och en ökad risk för depression. Det visades förståelse för att en del patienter inte ville ta mediciner. Det uppgavs vara viktigt att förmedla hopp till patienten och att ta hänsyn till patientens personliga mål. Ett överhängande mål var att hjälpa patienten ut från sjukhuset till en fungerande vardag. Här beskrevs det som viktigt att se patientens resurser och låta patienten återuppta sina personliga intressen. Flera studiedeltagare hade en tro på att mer aktivitet kunde vara positivt vid mani.

4.1.3 Tillbaka till livet utanför sjukhuset

Denna kategori beskriver anhöriga som en viktig resurs, samt studiedeltagarnas upplevelser av att förbereda patienten för livet utanför sjukhuset. Kategorin innehåller subkategorierna; *anhöriga – en viktig resurs* och *stöd på vägen tillbaka till livet*.

Anhöriga – en viktig resurs

Anhöriga beskrevs av flertalet studiedeltagare som en resurs. Att personalen tidigt tog kontakt och upprätthöll kontakten beskrevs som viktigt. Anhöriga informerades om behandlingen och fick svar på sina frågor. De hade ofta värdefull information att ge om patientens normaltillstånd, dynamiken i familjen, resurser, tidigare behandling och vad som hade hänt i förkant av inläggningen. Detta gjorde behandlingen mer individanpassad, gav en kortare och effektivare inläggning och var speciellt nyttigt när patienten var okänd för personalen;

Å få vite noe om hvordan mennesker har fungert når de er friske, det er også litt viktig. Vi skal jo ikke ... forme et menneske ... etter våre preferenser, men ... vi skal forsøke å få dem tilbake til et liv som er bra for dem.

En studiedeltagare uppgav att den strikta strukturen i behandlingen gjorde ett samarbete med anhöriga viktigt för att undvika komplikationer. Hon uppgav att det var svårt att följa behandlingsplanen om inte anhöriga samtyckte. Flera studiedeltagare upplevde att anhöriga var en resurs när personalen inte räckte till, till exempel för att aktivera patienten. Efter utskrivning kunde anhöriga hjälpa patienten att observera och lindra symptom, söka vård i tid, förmedla lugn, samt hjälpa patienten i hemmet för att minska stress. Besök och permissioner med anhöriga uppgavs vara viktigt innan utskrivning;

Det er ofta de som ... hjelper dem med å ta de første skritt ut fra sykehuset ... Pasientene synes det er veldig unaturligt å gå rundt med oss.

Anhöriga tillfrågades ofta efteråt om hur permissionen varit. Ett problem kunde vara att patienten inte gick med på att personalen tog kontakt med anhöriga eller informerade om att han eller hon var på avdelningen. Detta upplevde en studiedeltagare vara vanligare hos patienter med mani än andra patientgrupper. Detta respekterades men det förklarades för patienten att kontakt med familjen var fördelaktigt, såvida inte relationen var väldigt ansträngd. Personalen kunde inhämta upplysningar från anhöriga utan att bryta tystnadsplikten, så länge de visste att patienten var inlagd. Anhöriga kunde få generell information om avdelningen och hur en vanlig inläggning kunde se ut, vilket ofta gav

trygghet. De kunde hänvisas till familjmottagningen, även om inte patienten ville detta, med ett hopp om att patienten senare skulle vilja delta. Anhöriga kunde där få information som underlättade deras situation. Kontakt med anhöriga dokumenterades. Det dokumenterades också om patienten inte godkände detta, då med ett hopp om att patienten skulle ändra sig vid ett senare tillfälle. Vikten av att ta hänsyn till hur anhöriga mådde beskrevs av en studiedeltagare;

Manikeren kan jo ta seg sammen sånn han ikke blir innlagt ... på legevakten. Så det kan var mange runder for pårørende ... før han endelig er inne. Å da trenger de den hvilepausen som ... de ber om.

Stöd på vägen tillbaka till livet

Här presenteras studiedeltagarnas erfarenheter av förberedelserna av patientens utskrivning. Samtliga studiedeltagare uppgav att patienten var delaktig i detta. Flera studiedeltagare uppgav att patienten ofta önskat utskrivning länge innan det blev aktuellt. En studiedeltagare berättade att patienter kunde vara inlagda för länge;

Me holder dem veldig lenge ... på skjerming og ute i åpen før me eventuelt skriver dem ut. Gjerne for lenge ... sånn at de ... har mista hele lysten på å ... på en måte å komme seg ut nesten.

Patienten var sårbar för en ny mani eller en depression efter en manisk fas, framför allt vid oväntade eller stressande situationer. Flera studiedeltagare uppgav vikten av att informera patienten om att få tillräckligt med sömn och vila, att undvika stress, vilka symptom som var viktigt att vara observant på och att följa avtal om mediciner och uppföljning.

Patienten fick gradvis mer utgång och permissioner för att undvika att det blev en chock att gå tillbaka till sin vanliga vardag efter en lång inläggning. Permissionerna uppgav ett par studiedeltagare innebar att ta upp det liv patienten sluppit i manin och se konsekvenserna av sjukdomen, här kunde personalen hjälpa till. Ekonomiska problem och skadade relationer var viktigt att ha kontroll på inför utskrivning. En studiedeltagare beskrev att det är mer fokus på detta idag än förr;

Nei, da var det liksom sånn at hvis pasienten hadde skjemt seg ut ... så gikk han tilbake igjen alene og lusket ... Men der er mer åpenhet om det nå ... om manien å bipolar ... der er mye mer ... i media og folk blir oppfordret til å stå frem og prata om det.

Studiedeltagarnas erfarenheter av att patienter kom igång med studier och arbete under inläggningen var begränsade. Flera studiedeltagare uppgav att människor med bipolär sjukdom ofta hade hög funktionsnivå i friskt tillstånd och de klarade att ta ansvar för detta själv efter utskrivning. Studiedeltagarna upplevde det svårt att följa upp patienterna i privatlivet, detta låg ofta på andra instanser. En annan orsak var att patienterna behövde tid att återhämta sig;

Maniske pasienter trenger enda litt mer tid, de kan ikke gå direkte på jobb ... etter utskrivelse her ... De trenger kanskje DPS-opphold, for videre stabilisering ... Noen har kanskje familie ... som de då støtter seg til ... og kan vaer sykemeldt og følges opp av fastlege ... til de begynner å bli klar.

Många patienter tackade nej till att ta upp arbete eller studier under inläggningen. En studiedeltagare uppgav att detta kunde bero på rädsla för att andra skulle upptäcka sjukdomen. Några studiedeltagare hade positiva erfarenheter av att patienter började arbeta eller studera under inläggningen. De upplevde att patienten kunde känna sig klar för att göra något och det minskade risken för depression. Anpassning av arbetstid, arbetsuppgifter eller skolgång kunde minska stress. I de fall patienten godkände det kunde personalen ta kontakt med skola eller arbetsplats.

En förberedelse var att skriva krisplan innehållande patientens tidiga symptom och kontaktuppgifter dit patienten kunde vända sig vid behov. Detta upplevde flera studiedeltagare vara en god hjälp för att patienten skulle söka vård tidigt. Anhöriga involverades så att de visste vad de skulle se efter. En studiedeltagare beskrev hur patienten styrde vad planen skulle innehålla. Ibland kom det fram ny information om vilka symptom patienten kunde ha.

Efter att patienten skrivits ut hade de oftast inte kontakt med personalen på sjukhuset. God uppföljning uppgavs vara viktigt. En studiedeltagare skrev avvikelse om patienten fick bristfällig uppföljning. En del patienter önskade ingen uppföljning, även vid behov för det, och fick då information om eventuella konsekvenser av detta. De uppmuntrades att tacka ja. Detta uppgavs handla om sjukdomsinsikt, att erkänna en sårbarhet. En studiedeltagare uppgav att det var viktigt att vara tillgänglig för patienten också efter utskrivning, att de då kunde ringa avdelningen om de var i behov av råd.

Att ha något att gå till efter utskrivning uppgav flera studiedeltagare vara viktigt. Erfarenhet av att förmedla kontakt med brukarorganisationer varierade bland studiedeltagarna och var hos flera begränsad. Patienterna upplevdes ofta ha ett högt funktionsnivå på det sociala området och det kunde uppstå relationer mellan patienterna i avdelningen, en del mindre bra, medan andra kunde ha en gruppterapeutisk effekt. Många patienter gick tillbaka till ett eget fungerande nätverk. Studiedeltagarna upplevde att inte alla människor önskade att delta i ett miljö bestående av tidigare patienter. En del patienter var dock mer ensamma. En studiedeltagare belyste hur patienter själva tagit upp betydelsen av att träffa andra i samma situation, vilket kunde vara stärkande psykiskt och minska känslan av ensamhet;

Sånn er ju mennesker ofte, at vi har behov for å identifisere oss med andre for å få bekreftelse på at; ”ja ja, jeg er kanskje ganske normal ... trots alt”.

Sammanfattning

Anhöriga beskrevs som en viktig resurs för både patient och personal. De hade ofta nyttig information om patienterna. Patienten var själv var delaktig i förberedelserna för utskrivning och hade ofta önskat utskrivning länge. Det strävades efter en mjuk övergång med gradvis mer permissioner. Tillräcklig uppföljning ute och att skriva krisplan togs upp som viktigt i förberedelserna inför utskrivning. För en del patienter var det nyttigt med kontakt med brukarorganisationer, men det passade inte alla.

5.0 DISKUSSION

I detta kapitel diskuteras först resultatets huvudfynd sammanvävt med relevant litteratur. Kapitlet avslutas med en reflektion över studiens reliabilitet och validitet där metodologiska styrkor och svagheter lyfts fram.

5.1 *Diskussion av resultatet*

Här diskuteras resultatets huvudfynd upp mot tidigare forskning och studiens problemställning; *Vilka erfarenheter har personal på en psykiatrisk avdelning med brukarmedverkan och recovery i arbetet med patienter i en manisk fas?* samt de två forskningsfrågorna; *Hur uppmärksammar personal brukarmedverkan och recovery i arbetet med inneliggande patienter som är i en manisk fas?* och *Vilka faktorer upplever personalen påverkar deras arbete med brukarmedverkan och recovery i omvårdnaden av patienter i en manisk fas?*

Studiedeltagarna beskrev denna patientgrupp som krävande men spännande att arbeta med. De belyste den sårbarhet patienten bar på i den maniska fasen, framför allt när det handlade om betydelsen brukarmedverkan hade för patientens recoveryprocess. Behandlingen präglades av en tydlig tvåsidighet när det kom till mediciner och miljöterapi. Detta kom fram när studiedeltagarna problematiserade risken att avskärma patienten för mycket, samtidigt som en hög grad av brukarmedverkan kunde öka patientens symptom. Mediciner var ofta nödvändiga, samtidigt som de orsakade biverkningar och ökade risken för depression. Bristande resurser och strukturen på sjukhuset lyftes fram som påverkande faktorer när det kom till brukarmedverkan och patienternas recoveryprocess. Det lyftes fram en önskan om ett nytt fokus och mer aktivitet i behandlingen av patienter i ett maniskt tillstånd. Studiedeltagarna uppgav att de sällan hade kontakt med patienterna efter utskrivning, detta låg på andra instanser. Anhöriga beskrevs som en viktig resurs både för patienter och personal. Dessa fynd lyfts upp mot det teoretiska ramverket där brukarmedverkan och recovery är centrala begrepp. På bakgrund av detta delas diskussionen in i dessa fyra olika delar; *personalens upplevelser av att ge behandling mot patientens vilja, brukarmedverkan och recovery på en psykiatrisk avdelning, medicinernas betydelse i recoveryprocessen och vikten av en meningsfull vardag.*

5.1.1 Personalens upplevelser av att ge behandling mot patientens vilja

Studiedeltagarna upplevde att denna patientgrupp krävde mycket av personalen. Utifrån patientens symptom behövde personalen vara medveten om sina egna gränser och bevara sin professionalitet för att inte själva påverkas. Patienten saknade ofta sjukdomsinsikt och kontroll över sina handlingar, vilket ledde till att många behandlades mot sin vilja.

Studiedeltagarna berättade att bristen på insikt i den maniska fasen kunde skapa dilemma när det kom till brukarmedverkan. Det har även tidigare visat sig att en av de största utmaningarna personal inom psykiatri identifierade i arbetet med denna patientgrupp, var att de ofta var inlagda mot sin vilja då de saknade sjukdomsinsikt och inte ansåg sig vara i behov av hjälp (Hummervoll & Severinsson, 2002). Personal i psykiatri har visat sig ha problem med att avgöra när en patient borde vara inlagd på tvång. Denna förmåga hade sammanhang med arbetserfarenhet (Sehiralti & Er, 2012) vilket resultatet i denna studie också lyfter fram som viktigt.

Insikten beskrevs ha stor betydelse för hur väl patienten klarade att leva med sjukdomen. Samtidigt visade några studiedeltagare förståelse för att vissa patienter hellre var i den maniska fasen än i depressionen. Veseth med flera (2012) belyste insiktens betydelse där ambivalens uppkom som en viktig faktor i recoveryprocessen. Det maniska stadiet kunde upplevas som positivt för den person som var mitt i det och depressionen beskrevs ofta som värre än manin. Även Mansell med flera (2010) visade i sin studie att insikt hos människor med bipolär sjukdom var en viktig faktor för recovery, samtidigt som det kunde leda till en känsla av att vara begränsad av sjukdomen. De uttryckte ambivalens i det att erkänna sin sjukdom och samtidigt bygga en identitet som inte var präglad av diagnosen.

Patientens brist på kontroll var en annan utmanande faktor i arbetet med denna patientgrupp. Detta i kombination med brist på insikt kunde leda till att personalen var tvungen att använda tvång i behandlingen. Patienten kunde på grund av rädsla eller frustration angripa sig själv, personal eller inredning. En tidigare studie med fokus på personalens upplevelser av att använda tvång inom psykiatri visade att det väckte starkt obehag hos personalen. För många var det situationer de aldrig glömde (Olofsson, Norberg, & Jacobsson, 1995). Ett fynd i denna studie var att behandlingsförloppet gick bättre i de fall personalen kände patienten från förr. Detta har också visat sig underlätta personalens upplevelse och minska användandet av våld i situationer innehållande tvång (Olofsson & Norberg, 2000).

Men även när patienter är inlagda på tvång går det att ha med element av brukarmedverkan. Nedan kommer en reflektion över balansen mellan brukarmedverkan och kontroll i arbetet med patienter i en manisk fas, och hur det påverkar patientens recovery.

5.1.2 Brukarmedverkan och recovery på en psykiatrisk avdelning

Här kommer de utmaningar som beskrevs hänga ihop med brukarmedverkan att diskuteras. Studiedeltagarna upplevde att de ofta hängde samman med bristande resurser på avdelningen och patientens mentala tillstånd.

Studiedeltagarna berättade att bristande resurser, som låg bemanning, gav patienterna mindre brukarmedverkan och påverkade behandlingen negativt. Det har även tidigare visat sig att patienter inom den psykiatriska slutenvården upplevt sjuksköterskorna som otillgängliga (Bee et al, 2008). Storm och Davidson (2010) beskrev också brist på tid hos personalen som en barriär mot brukarmedverkan. Detta minskade patienternas möjligheter att medverka i planering och genomföring av behandling. Detta tyder på ett behov för att på ett naturligt sätt inkludera brukarmedverkan i de tjänster som redan finns tillgängliga. Detta arbete är till viss del på gång i Norge idag. I Social- och hälsodirektoratet i Norges (2005) nationella strategi för att förbättra kvaliteten av hälso- och socialtjänsten i Norge är ett av målen att involvera brukarna eller patienterna och ge dem mer inflytelse i de beslut som fattas.

Men brukarmedverkan beskrevs inte bara vara beroende av resurser på avdelningen. Det sågs inte alltid som försvarbart att låta patienten få bestämma i den maniska fasen. Att patienten saknade kontroll över sina handlingar var enligt studiedeltagarna en viktig faktor som kunde medföra risker för patienten och omgivningen. Patienter kan i en manisk fas vara för sjuka för att ta ansvar för sina egna handlingar (Thorsvik Henriksen et al, 2011). Graden av kontroll hos människor med mani är individuellt där en människa kan ha full kontroll över sina handlingar, även i den akuta fasen, medan andra helt saknar kontroll (Karlsson, 2004). Här skapas lätt dilemma när det kommer till brukarmedverkan. Ett viktigt fynd i denna studien var den svåra balansen mellan att exkludera patienten eller att låta patienten medverka för mycket, vilket kunde öka patientens symptom.

Patientens mentala tillstånd har i tidigare studier beskrivits kunna orsaka svårigheter med att införa brukarmedverkan i miljöterapi på institutioner (Anthony & Crawford, 2000).

Studiedeltagarna i denna studien upplevde att risken var överhängande att patienterna begick

handlingar de kunde ångra senare och det sågs inte alltid som försvarligt att involvera patienten. De beskrev hur patienten kunde få bestämma innanför vissa ramar, vilka personalen hade satt. Men är det då brukarmedverkan det faktiskt handlar om? Detta aktualiserar begreppet paternalism, vilket innebär att vårdpersonalen anser att patienten inte vet sitt eget bästa och därför går in som ombud för denne (Arlebrink, 1996). Syftet med paternalism inom psykiatri är att undvika att patienten skadar sig själv, inte bara fysiskt utan också psykiskt (Edwards, 2010). Här är det viktigt att tänka igenom vem som ska gynnas av en handling. Alla handlingar som går emot patientens uttryckliga vilja ska utföras med patientens bästa i åtanke. Här måste personalen ta en bedömning i var situation som uppstår för att säkra en progressiv, men samtidigt säker, recoveryprocess. Detta aktualiserar också den svåra frågan; när går det att försvara att patienten tillåts att ta risker och begå misstag? En studie med fokus på etiska dilemma i psykiatri visade att personalen generellt sett klarade att adekvat bedöma patientens förmåga att delta i beslutsfattning (Sehiralti & Er, 2012). Detta kräver en individuell bedömning i varje enskilt fall, där det handlar om att hitta balansen mellan att utsätta patienten för stora risker och att avskärma patienten för mycket, vilket diskuteras nedan.

Två ytterpunkter, med betydelse för patientens recovery, är att antingen få för mycket ansvar och frihet i en sårbar situation, eller att bli för avskärmad från ansvar och intryck över en längre period. Det framkom tydligt i resultatet att för fri struktur i den maniska fasen kunde öka symptomen. Ofta var patienterna inlagda länge och en stor del av tiden på avskärmad enhet. En sak som blir viktig att problematisera här är hur detta påverkar patienten. En studiedeltagare uttryckte att för omfattande avskärmning kunde ta ifrån patienten lusten att ta sig vidare. Det kan även ge patienten förstärkta psykotiska symptom och en störd verklighetsuppfattning. För att motverka detta ska åtgärden upphöra så snart som möjligt och patienten ska motta fortlöpande information om planen vidare (Løkensgard, 2008). Detta beskrevs av studiedeltagarna i denna studie som viktigt för att minska patientens känsla av maktlöshet, då patienter kunde jämföra den avskärmade enheten med ett fängelse. Detta beskrev också Norvoll (2007) i sin studie, där över hälften av deltagarna, patienter i psykiatri, hade samma upplevelse. Att vara på avskärmad enhet gav dem känslan av att bli straffad som en kriminell. Att bli ifråntagen sin frihet överskuggade all annan behandling och gjorde allt annat oviktigt. Avskärmning från intryck är samtidigt ytterst viktigt i ett maniskt tillstånd då för mycket intryck och aktivitet kan orsaka fysisk utmattning. Detta kan leda till ett maniskt delirium, vilket är ett livshotande tillstånd (Løkensgard, 2008). Detta visar hur

viktigt det är att hitta en balans som hjälper patienten utan att tillföra nya problem. Här har de beskyddande åtgärdernas effekt på patientens recovery belysts. Fler utmaningar är också knutna till patienternas medicinska behandling, vilket diskuteras nedan.

5.1.3 Medicinernas betydelse i recoveryprocessen

Denna del bjuder på en reflektion över patienternas inställning till att ta mediciner, personalens förståelse för patientens upplevelse och medicinska utmaningar i behandlingen av bipolär sjukdom och mani.

Ett fynd i denna studie var att mediciner både främjade och hämmade recoveryprocessen. Många patienter behövde mediciner för att bli bättre, samtidigt som de gav biverkningar och ökade risken för depression. Många patienter ville därför, till trots för riskerna det maniska tillståndet medförde, klara sig utan mediciner. Flera studier belyser detta ambivalenta förhållande till mediciner (Mansell et al, 2010; Gibson, Brand, Burt, Boden, & Benson, 2013; Lejeune, 2011), vilket bland annat gick ut på att patienterna upplevde att de blev hjälpta av medicinerna samtidigt som biverkningarna skapade obehag (Mansell et al, 2010). Hos människor som levde med bipolär sjukdom var upplevd livskvalitet en avgörande faktor för om de tog medicinerna. Faktorer som påverkade detta var hur väl medicinen hjälpte dem att leva ett bra liv och om där var biverkningar som påverkade livskvaliteten negativt (Gibson et al, 2013; Lejeune, 2011). De tänkte oftare kortsiktigt än långsiktigt när de fattade beslut om mediciner (Gibson et al, 2013). Ett fynd i denna studie var personalens förståelse för patienternas negativa inställning till mediciner. Recovery bygger på att patienten själv ska lära sig att hantera sin situation utifrån sina individuella mål (Davidson et al, 2006). Detta belystes av en studiedeltagare som betonade att det som var att nå botten för henne behövde inte betyda detsamma för patienten, han eller hon kanske önskade att leva på det sättet.

Det var inte bara patientens inställning till att ta mediciner som kunde orsaka problem. Ett problem uppgav en studiedeltagare vara att det på sjukhuset ansågs vara för dyrt att behandla patienter utan mediciner, vilket för en del patienter var bra medan andra fick mediciner de inte tålde. Att tidigt få rätt diagnos och rätt medicin tillsammans med att acceptera sjukdomen och behovet för långvarig behandling har beskrivits som betydelsefullt för effektiv behandling vid bipolär sjukdom (Cullen-Drill & Cullen-Dolce, 2008). Detta visar vikten av en öppen dialog mellan patient och professionell där patienten ges möjlighet att förmedla sina erfarenheter av symptom och behandling. Storm och Davidson (2010) visade i sin studie hur patienterna

upplevde att de hade mycket kunskap om mediciner och kunde vara med och diskutera behandlingen, men när det kom till det slutgiltiga beslutet hade de litet inflytande.

Denna del har handlat om den medicinska behandlingen vid mani och bipolär sjukdom, nästa stycke bjuder på en reflektion över studiedeltagarnas upplevelser av att främja patienternas kontakt med världen utanför sjukhuset.

5.1.4 Vikten av en meningsfull vardag

Denna del av diskussionen kommer att belysa vikten av att skapa en meningsfull vardag för patienten, fysisk aktivitet i behandlingen av mani, anhörigas betydelse och patientens uppföljning efter utskrivningen.

Studiedeltagarna uppgav att målet med inläggningen var att hjälpa patienten tillbaka ett bra liv utanför sjukhuset. Vikten av att ha förväntningar till patienterna och inte ta ifrån dem resurser belystes. En lång inläggning kunde ta ifrån dem lusten att skrivas ut. Goffman (1961) beskrev hur människor när de anländer till en psykiatrisk avdelning bar med sig sin grundkultur, vilket innefattar ett sätt att leva och aktiviteter de tagit för givet fram till inläggningen. Detta riskerar de att förlora vid en lång inläggning. Att låta patienten bli för passiv kan bromsa recoveryprocessen (Ralph & Corrigan, 2005). Studiedeltagarna beskrev det som viktigt att patienterna hade något meningsfullt att fylla dagen med, både under tiden på sjukhuset och efter utskrivning. Detta styrks av tidigare studier där en meningsfull sysselsättning har tillskrivits stor betydelse av både patienter och anhöriga, vilket har gett mening och struktur i vardagen och ökat livskvaliteten (Schröder, Ahlström, & Larsson, 2006; Schröder, Larsson, & Ahlström, 2007).

Studiedeltagarna uppgav svårigheter med att ta patienten med på aktiviteter utanför avdelningen, samtidigt hade de tro på att fysisk aktivitet vid mani var positivt. I en studie av Wright (2011) uppgav människor med bipolär sjukdom att de kunde uppleva fysisk aktivitet som lugnande samtidigt som den lugnande känslan kunde efterföljas av maniska symptom. En studiedeltagare i Wrights studie beskrev hur lugnet som fysisk aktivitet gav honom kunde hjälpa honom att samla sig och landa igen när han steg i stämningsläge. Aktiviteter som föregick i en bestämd rytm, som att cykla eller promenera, hade en mer lugnande effekt än till exempel lagsporter. I min studie hade studiedeltagarna tro på att aktiviteter på tu man hand, som att gå en promenad, var att föredra framför aktiviteter i grupp. Även Suto, Murray, Hale,

Amari och Michalak (2010) visade i sin studie att fysisk aktivitet effektivt ökade välbefinnandet hos människor med bipolär sjukdom, med det uppgavs vara viktigt att hitta rätt aktivitet.

Studiedeltagarna hade samtidigt upplevt att patienten kunde få ökade symptom av aktiviteter. Suto med flera (2010) och Wright (2011) beskrev effekten av aktivitet hos människor med bipolär sjukdom men preciserade inte effekten i maniskt tillstånd. Felicity, Seetal och Michael (2007) utförde en pilotstudie på aktivitetens betydelse vid akut behandling av bipolär sjukdom, men en metodologisk begränsning i denna studien var svårigheter att mäta effekten vid mani. Däremot visade det sig lindra ångest och depression. Då människor i ett maniskt tillstånd ofta har mycket rastlöshet och oro inom sig (Poulsen et al, 2004) kan det tänkas att den ångstdämpande effekten fysisk aktivitet ger kan vara positiv.

En utmaning studiedeltagarna beskrev med att aktivera patienterna var för låg bemanning på avdelningen. Här uppgavs de anhöriga vara en viktig resurs för att ta med patienten ut från sjukhuset. De kunde i tillägg bidra med viktig information om patientens normaltillstånd när personalen inte kände patienten. Anhöriga blir ytterst viktiga att konsultera i de fall patienten saknar förmågan att uttrycka sin mening. De har då rätt att få bidra med vad de tror att patienten hade önskat i den aktuella situationen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). På på vägen mot utskrivning hjälpte anhöriga ofta patienten med permissioner. Efter utskrivningen kunde de vara observanta på tidiga symptom och minska stress. Människor med bipolär sjukdom har tidigare beskrivit familj och vänner som viktiga faktorer för att underlätta recoveryprocessen (Veseth et al, 2012).

Personalens erfarenheter med att stötta patienterna på arbete eller skola var begränsade och de saknade ofta möjlighet att följa upp patienterna efter utskrivning. Det uppgavs vara viktigt med bra uppföljning av andra instanser. Ett problem här är att många människor fortfarande faller mellan stolarna och inte får täckt sina behov utanför sjukhuset. Genom Upptrappingsplanen för psykisk hälsa 1999-2008 har kommunerna utvidgat tjänsterna för människor med psykisk ohälsa (Social- och helsedirektoratet i Norge, 2006). Ett problem i det att kommunerna har fått överta en del ansvar från specialisthälsotjänsten är att resurserna inte har ökat motsvarande det växande ansvaret. Detta har lett till att det fortfarande finns många med psykisk ohälsa som inte får täckt sitt behov av de kommunala tjänsterna (Sintef, 2013).

Denna del av diskussionen tyder på att det finns en önskan hos personalen inom psykiatri om en förändring, både när det kommer till miljöterapi och aktiviteter under inläggningen och att tjänsterna ute i kommunerna behöver utvecklas vidare. Förslag på detta kommer i konklusionen, vilken följer presentationen av metodologiska styrkor och svagheter.

5.2 Styrkor och svagheter med vald metod

Här kommer metodologiska styrkorna och svagheter i denna studie att presenteras utifrån begreppen reliabilitet och validitet.

5.2.1 Studiens reliabilitet och validitet

Validitet aktualiserar frågan ”mäter vi det vi tror att vi mäter?” och kräver god planering genom hela forskningsprocessen (Kvale, 2006). För att säkra att intervjuerna skulle svara på problemställningen var detta ett viktigt fokus i arbetet med intervjuguiden. Det strävades efter att frågorna i intervjuguiden var konkreta och belyste flera aspekter av brukarmedverkan och recovery genom hela behandlingsförloppet. En pilotintervju utfördes på förhand för att testa frågorna i intervjuguiden. Detta ökade chansen för att studiedeltagarna förstod frågorna korrekt och svarade utifrån det. Ett annat viktigt steg i forskningsprocessen var att välja de mest lämpade studiedeltagarna. Urvalet i denna studien var brett när det kom till ålder och tidigare erfarenhet. Alla ingick i den målgrupp som förväntades kunna svara på problemställningen (Johannessen et al, 2010). Samtliga studiedeltagare hade egen erfarenhet av att vårda patienter i ett maniskt tillstånd. En svaghet kan ha varit att det bara var en man bland de åtta studiedeltagarna.

Reliabilitet, det vill säga trovärdigheten, i denna studien kan ha påverkats både positivt och negativt av metoden som valts för att samla in data. De individuella intervjuerna kan ha gjort studiedeltagarna mer bekväma med att ge ärliga svar. De gav också möjlighet för uppföljande frågor för väl utvecklade och beskrivande svar. Den semistrukturerade intervjuguiden som användes var ett nyttigt verktyg för att säkra tillräckligt med information för att svara på problemställningen. Den gav också ett visst utrymme för variation, vilket sågs som viktigt då risken med för strukturerade intervjuer är att frågorna kan uppfattas som ledande och då påverka intervjudeltagarens svar (Kvale & brinkmann, 2009). Samtidigt kan observationer, vilket också är en vanlig metod för att samla in kvalitativa data (Polit & Beck, 2006), ha gett ännu mer information. Faktum är att det människor säger sig göra kan skilja från det de faktiskt gör, och en kombination av observationer och intervjuer hade ökat kvaliteten på

denna studie. Detta var dock inte möjligt att genomföra utifrån masteruppsatsens struktur. I kvalitativa studier, med få studiedeltagare, är fyllda och beskrivande svar viktigt för kvaliteten och validiteten av resultatet (Kvale & Brinkmann, 2009). En svaghet i denna studien kan vara att några av studiedeltagarnas svar var korta och inte så beskrivande. Detta kan förklaras av min egen begränsade erfarenhet med att utföra intervjuer och det faktum att många av intervjuerna utfördes under studiedeltagarnas arbetstid, vilket begränsade intervjutiden. Samtidigt gav intervjuerna ett rikt datamaterial där datamängden till stor grad uppnåddes då det inte kom fram så mycket ny information i de sista intervjuerna (Polit & Beck, 2006).

Ett patientperspektiv hade bidragit positivt till denna studie, då ett problem är att endast den ena delen av de parter som är betydande i en behandlingsprocess har intervjuats. Detta var inte möjligt utifrån studiens struktur, det är en masteruppsats med begränsad tidsram. Studier med patientperspektiv har inkluderats i inledningen, teoridelen och diskussionen för att få en mer nyanserad bild av det studiedeltagarna beskrev.

En annan utmaning när det kom till trovärdighet var att välja rätt meningsbärande enhet i analysprocessen. För stora meningsbärande enheter kan bli svåra att hantera och för små kan orsaka fragmentering av texten (Graneheim & Lundman, 2004). För att öka kvaliteten på analyserna läste ytterligare en person (min handledare för denna studien) igenom intervjuerna för att se om hon kom fram till samma tema som mig. Vi jämförde sedan de tema och kategorier vi kommit fram till och diskuterade likheter och skillnader innan det slutgiltiga temat, med underliggande kategorier, fastställdes. Detta har medverkat till att öka både reliabiliteten och validiteten i analysen.

Efter att ha diskuterat både resultat och metod i denna studien kommer här konklusionen som dragits. Implikationer för vidare forskning presenteras också här.

6.0 KONKLUSION

Denna studie bjuder på en insikt i hur personal inom den psykiatriska slutenvården kan uppleva brukarmedverkan, och dess betydelse för patienternas recovery, i arbetet med patienter i en manisk fas. Studiens problemställning var; *Vilka erfarenheter har personal på en psykiatrisk avdelning med brukarmedverkan och recovery i arbetet med patienter i en manisk fas?*

Studiedeltagarna upplevde att det var spännande men också krävande att arbeta med denna patientgrupp. Ofta behandlades dessa patienter mot sin vilja och flera utmaningar var knutna till att bygga en relation till patienterna. Patientens insikt och kombinationen av miljöterapi och mediciner beskrevs som essentiella faktorer i recoveryprocessen.

Detta resultat, tillsammans med tidigare forskning på temat, visar att förhållandet mellan brukarmedverkan och recovery är komplicerat när det kommer till människor som är i en manisk fas. Ett viktigt fynd var den tvåsidighet som tydligt framkom i resultatet, där ytterpunkterna var antingen att avskärma patienten för mycket eller att riskera att patienten fick för mycket stimuli och ansvar vilket ökade symptomen. Detta visar att brukarmedverkan vid mani både kan främja och hämma patientens recoveryprocess, vilket medför ett stort ansvar för personalen. Denna studie visade personalperspektivet, att undersöka samma tema ur ett patientperspektiv hade gett värdefull information.

Utmaningar i miljöterapi var bristande resurser och strukturen på sjukhuset. Studiedeltagarna uttryckte ett intresse för att utveckla miljöterapi, att bland annat införa mer aktivitet, samtidigt som det gavs uttryck för begränsat med forskning på detta. Detta tyder på ett behov för vidare studier på temat miljöterapi och aktivitet vid mani och bipolär sjukdom.

Då människor med bipolär sjukdom ofta har behov för vidare uppföljning utanför sjukhuset spelar den kommunala hälso- och sjukvården en viktig roll i recoveryprocessen. Då fler människor idag ska kunna motta tjänster i hemmet är flera utmaningar knutna till bristande resurser och kompetens i kommunerna. Här finns ett behov för en vidare utveckling och forskning på tjänstenivå, samt utbildning av personal i den kommunala hälso- och sjukvården för att fånga upp alla de behov människor med långvarig psykisk ohälsa, så som bipolär sjukdom, ofta har.

7.0 REFERENSER

- Allgulander, C. (2005). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Poland: Pozkal.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, P. & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 425-434.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R. & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 442-457.
- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar Disorder. *New England Journal of Medicine*, 351(5), 476-486.
- Bielavitz, S., Wisdom, J. & Pollack, D. A. (2010). Effective mental health consumer education: A preliminary exploration. *Journal of Behavioural Health Services & Research*, 38(1), 105-113.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452-459.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692.
- Cleary, A. & Dowling, M. (2009). Knowledge and attitudes of mental health professionals in Ireland to the concept of recovery in mental health: a questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 539-545.
- Cullen-Drill, M. & Cullen-Dolce, D. (2008). Early and accurate diagnosis of bipolar II disorder leads to successful outcomes. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(2), 110-119.
- Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., & Tondora, J. (2005). Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.

- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T. & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P. (1995). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91-97.
- Edwards, C. (2010). Beyond mental competence. *Journal of Applied Philosophy*, 27, (3), 273-289.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analyse process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107-115.
- Felicity, N., Seetal, D. & Michael, B. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: A pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 259 – 262.
- Gibson, S., Brand, L. S., Burt, S., Boden, Z. V. R. & Benson, O. (2013). Understanding treatment non-adherence in schizophrenia and bipolar disorder: a survey of what service users do and why. *BMC Psychiatry*, 153(13), 1-12.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. New York: Anchor Books.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellefold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2010). Faglig skjønn I utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellefold, A., Norheim, A. & Sommerseth, R. *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. (s 33). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsepersonelloven (1999). LOV-1999-07-02-64 . §4. Hämtad från: www.lovdata.no.
- Hummervoll, J. K. & Severinsson, E. (2002). Nursing staffs' perceptions of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 416–424.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (4. utgave ed.). Oslo: Abstrakt forlag.

- Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse – pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. (Doktoravhandling, Universitetet I Oslo [UiO]). Oslo: UiO.
- Kringlen, E. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. (2006). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lakeman, R. (2010). Mental health recovery competencies for mental health workers: A Delphi study. *Journal of Mental Health*, 19(1), 62–74 .
- Lejeune, S. M. W. (2011). Special considerations in the treatment of college students with bipolar disorder. *Journal of American College Health*, 59(7), 666-669.
- Lieberman, P. B., Von Rehn, S., Dickie, E., Elliott, B. & Egerter E. (1992). Therapeutic effects of brief hospitalization – the role of a therapeutic alliance. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(1), 56-63.
- Løkensgard, I. (2008). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Polen: Pozkal.
- Mansell, W., Powell, S., Pedley, R., Thomas, N. & Jones, S. A. (2010). The progress of recovery from bipolar I disorder: A qualitative analysis of personal accounts in relation to an integrative cognitive model. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 193-215.
- Markström, U. (2005). Från mentalsjukhus till samhälle. I Brunt, D. & Hansson, L. (red). *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. (s35-37). Malmö: Studentlitteratur.
- Myklebust, K. K. & Bjørkly, S. (2011). Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere. *Vård I Norden*, 3(31), 35-39.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom – Bruk av skjerming som behandling og kontroll I psykiatriske akuttposter*. (Doktoravhandling, Universitetet I Oslo [UiO]). Oslo: UiO.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2009). Raising adults as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 151-158.
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2000). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. *Journal of Advanced nursing*, 33(1), 89-97.

- Olofsson, B., Norberg, A. & Jacobsson, L. (1995). Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 49(5), 325-330.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). LOV-1999-07-02-63. Hämtad från: www.lovdata.no.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). *Essentials of nursing research – Methods, appraisal and utilization. (6th edition)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Poulsen, H. D., Munk-Jørgensen, P. & Bolwig, T. G. (2004). *Psykiatri – en grundbog*. København: Munksgaard.
- Powell, T. J., Yeaton, W., Hill, E. M. & Silk, K. R. (2001). Predictors of psychosocial outcomes for patients with mood disorders: the effects of self-help group participation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 3-11.
- Psykisk helsevernslav (1999). LOV-1999-07-02-62. § 1-5. Hämtad från: www.lovdata.no.
- Ralph, R. O. & Corrigan, P. W. (2005). *Recovery in mental illness – Broadening our understanding of wellness*. Washington: American Psychological Association.
- Rosa, A. R., González-Ortega, I., González-Pinto, A., Echeburúa, E., Comes, M., Martínez-Arán, A., Ugarte, A., Fernández, A., & Vieta, E. (2012). One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 335-341.
- Schröder, A., Ahlström, G. & Larsson, B. W. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 93-102.
- Schröder, A., Larsson, B. W. & Ahlström, G. (2007). Next of kin's conceptions of the quality of care in the psychiatric setting: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 307-317.
- Sehiralti, M. & Er, A. R. (2012). Decisions of psychiatric nurses about duty to warn, compulsory hospitalization, and competence of patients. *Nursing Ethics*, 20(1), 41-50.
- Sintef (2013). *Vurdering av foreslåtte modeller for kommunal medfinansiering (KMF) av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (Rapportnr. A24136)*. Trondheim: SINTEF, Teknologi og samfunn, avdeling Helse.
- Slade, M. (2009). *100 ways to support recovery, a guide for mental health professionals*. London: Rethink.

- Social- og helsedirektoratet i Norge (2005). - ... *og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring I sosial- og helsetjenesten (2001-2015)*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.
- Social- og helsedirektoratet i Norge (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Statistisk sentralbyrå (2012). *Statistisk årsbok 2012*. Otta: AIT OTTA AS.
- Storm, M. (2009). Hva påvirker gjennomføring av brukermidvirkning. I Storm, M., med bidrag frå; Botnevik Rennesund, Å. & Frahm Jensen, M. *Brukermedvirkning I psykisk helsearbeid*. (s 26-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Storm, M. & Davidson, L. (2010). Inpatient´s and provider´s experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatric Quaterley*, 81, 111-125.
- Storm, M. & Edwards A. (2012). Models of user involvement in the mental health context: Intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quaterley (e-publ ahead of print)*, 2012 , October 18.
- Suto, M., Murray, G., Hale, S., Amari, E. & Michalak, E. E. (2010). What works for people with bipolar disorder? Tips from the experts. *Journal of Affective Disorders*, 124, 76–84.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode (3. utgave ed.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science & Medicine*, 64, 1207-1310.
- Thorsvik Henriksen, A., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A. S., Hammervold, U., Stokka, M., Haaland, T. & Bloch Thorsen, G-R. (2011). *Miljøterapi – en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Stavanger: Impress Media.
- Todd, J. N., Jones, H. S. & Lobban, F. A. (2012). “Recovery” in bipolar disorder: How can service users be supported through a self-management intervention? A Qualitative focus group study. *Journal of Mental Health*, 21 (2), 114-126.
- Veseth, M., Binder, P-E., Borg, M. & Davidson, L. (2012). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: A reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qualitative Health Research*, 22(1), 119-133.

- Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., Holtzheimer, P. & Harvey, P. D. (2010a). Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders*, 12, 319-326.
- Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., Compton, M. T. & Harvey, P. D. (2010b). Correlates of recovery of social functioning in type I and type II bipolar disorder patients. *Psychiatry Research*, 177(1- 2), 131-134.
- WHO (2005a). *Mental health: Facing the challenges, building solutions*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2005b). *WHO resource book on mental health, human rights and legislation*. ISBN 92-4-156282-X. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2011). The WHO Mental Health Atlas 2011. Geneva: WHO press.
- Hämtad från;
http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html
- Wright, K., Armstrong, T., Taylor, A. & Dean, S. (2011). 'It's a double edged sword': A qualitative analysis of the experiences of exercise amongst people with Bipolar Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136, 634-642.
- Yan-Meier, L., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., Gitlin, M., Sokolski, K. & Altshuler, L. (2011). Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 267-271.

8.0 BILAGOR

Här kommer en översikt över bilagorna i denna masteruppsats.

8.1 Översikt över bilagor;

- *Bilaga nr 1; Tabell över litteratursök*
- *Bilaga nr 2; Intervjuguide*
- *Bilaga nr 3; Brev från NSD*
- *Bilaga nr 4; Informationsbrev till studiedeltagare*
- *Bilaga nr 5; Skriftligt samtycke från studiedeltagare*
- *Bilaga nr 6; Tabell över analysprocessen*

TABELL ÖVER LITTERATURSÖK

Här kommer en översikt över de sökord som användes för att hitta artiklar till studien, samt antalet träffar litteratursöken resulterade i.

De nyckelord som användes var; "patient participation", "shared decision making", "recovery", "bipolar disorder" och "mental disorder". Engelska sökord användes för att få så många träffar som möjligt.

Databas	Nyckelord	Avgränsningar	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Använda artiklar
Academic search elite	Recovery OCH Bipolar disorder	Words in title From 2005 or later	20	20	20	7	5
Academic search elite	Patient participation OCH Bipolar disorder	From 2005 or later	57	57	14	0	0
Academic search elite	Patient participation OCH Recovery	Inga	2	2	2	0	0
Academic search elite	Patient participation OCH Recovery	Words in abstract	181	181	17	5	4
Cinahl	Recovery OCH Bipolar disorder	Words in title	5	5	4	2	2

Cinahl	Patient participation OCH Bipolar disorder	Inga	17	17	6	2	1
Cinahl	Patient participation OCH Recovery	Inga	245	100	16	1	0
PubMed	Recovery OCH Bipolar disorder	Words in title	25	25	8	0	0

Intervjuguide til forskningsprosjektet ”Brukermedvirkning og Recovery fra mani; helsearbeiderens perspektiv”.

Generelle spørsmål

- Hvor gammel er du?
- Hvor lenge har du arbeidet i psykiatrien?
- Hvor lenge har du arbeidet på denne avdelingen?
- Har du annen arbeidserfaring fra psykiatrien?
- Har dere noen behandlingsretning for arbeidet på denne avdelingen (f eks kognitiv miløterapi, relasjonsbehandling)?
- Kan du kort fortelle om dine arbeidsoppgaver i avdelingen?

Den maniske pasienten

- Kan du fortelle om dine erfaringer med å arbeide med pasienter i en manisk fase?
- Hva vil du si kjennetegner den maniske pasienten? Og hvordan påvirker dette relasjonen din til pasienten?
- Har dere egne rutiner i avdelingen for hvordan dere skal arbeide med pasienter med mani?
- Hva er vanlige skjermingstiltak og hva er tiltak i åpen avdeling?

Brukermedvirkning

- Er du kjent med lovverket som omhandler pasientens rettigheter til å medvirke i egen behandling?
- Hva mener du at brukermedvirkning innebærer når en pasient er i en manisk fase?
- Opplever du utfordringer med brukermedvirkning? Hva gjør du hvis pasienten er uenig i behandlingsopplegget?
- Kan du si noe om fordeler med brukermedvirkning og at personalet involverer pasienten i sin egen behandling?

Involvering av pasienten i egen behandling

- Hvordan involverer du pasienten i planlegging og gjennomføring av egen behandling?
- Tar du hensyn til pasientens personlige mål i oppfølgingen/behandlingen?
- Hva gjør du hvis målen er uhensigtsmessige/urealistiske?
- Kartlegger du pasientens personlige ressurser og tar du hensyn til disse i planlegging og

gjennomføring av egen behandling?

- Hvilken erfaring har du med å arbeide for at pasienten skal fortsette med sine personlige interesser under inneleggelsen?

Recovery

- Er du kjent med begreppet recovery (tilfriskning/bedring)? *Dersom recovery ikke er kjent; kort forklaring av begreppet.*
- Hvordan formidler du håp til pasienten?
- Hvilken betydning mener du at medisiner har for pasientens recovery?
- Kan du se at medisiner kan ha både positiv og negativ betydning for pasientens recovery?
- Hva opplever du som hovedsaklig grunn til at pasienten blir bedre?
- Hva opplever du at pasienten synes er viktigast i tilfriskningsfasen?

Utskrivelse

- Hvordan forbereder du pasienten på tiden etter utskrivelse?
- Hva gjør du for å forberede pasienten på å kunne håndtere ansvar i hverdagslivet som arbeid, studier og/eller barn etter utskrivelse?
- Involverer du pasienten i utskrivelse forberedelser?
- Gir du pasienten informasjon og opplæring om sine symptomer og mestring av disse etter utskrivelsen?
- Er det vanlig å anbefale pasienten å ta kontakt med mennesker med brukererfaring/brukerorganisasjoner?

Involvering av pårørende

- Hvilken erfaring har du med å involvere pårørende i planlegging og gjennomføring av pasientens behandling?
- Hvilken betydning ser du at pasientens familie/pårørende har i utskrivelse fasen og i tiden etter utskrivelsen?

Avsluttende spørsmål

- Er det noe du ønsker å tilegge/si noe mer om?
- Er det noe du ønsker å spør om?

Marianne Storm
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 07.03.2013

Vår ref:33493 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33493	<i>Brukermedvirkning og Recovery fra mani; helsearbeiderens perspektiv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Marianne Storm</i>
Student	<i>Anna Maja Larsson</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

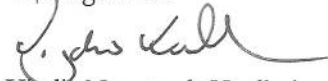
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen



Vigdis Namtvedt Kvalheim



Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anna Maja Larsson, Jonas Lies gate 8B, 4021 STAVANGER

Invitasjon til deltakelse i mastergradsprojektet ”Brukermedvirkning og Recovery fra mani; helsearbeiderens perspektiv”.

Informasjon om forskningsprojektet

Jeg heter Anna Maja Larsson og er masterstudent ved Universitetet i Stavanger. Jeg holder på med å skrive min avsluttende masteroppgave i helsevitenskap med fordypning i psykisk helsearbeid. Studien gjennomføres under veiledning av førsteamanuensis Marianne Storm ved UiS. Temaet for oppgaven er sykehuspersonalets erfaringer med brukermedvirkning og recovery (tilfriskning) i arbeidet med pasienter i en manisk fase. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Studiens hensikt

Hensikten med studien er å få mer kunnskap om miljøpersonalets opplevelser og erfaringer med brukermedvirkning og recovery i arbeidet med pasienter i en manisk fase.

Hvorfor blir du forespurt om å delta?

Jeg ønsker å intervju personer med 3-årig helse- og sosialutdannelse som arbeider på psykiatriske avdelinger på sykehus. Informantene skal ha erfaring med å arbeide med inneliggende pasienter i en manisk fase. Intervjuen gjennomføres under veiledning av Marianne Storm, og vil gjennomføres i løpet av våren og høsten 2013.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du takker ja til å delta i studien vil det innebære et individuelt intervju som vil vare fra ca 30 minutter til en time. Jeg vil ta opp intervjuet med deg på bånd. Vi blir sammen enige om tid og sted for intervjuet. Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt, det vil si uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger, og i samsvar med regler for dataoppbevaring fra NSD. Ingen enkeltpersoner vil kunne identifiseres i den ferdige oppgaven. Resultater fra datainnsamlingen vil inngå i masteroppgaven som også planlegges bearbeidet for publisering i et internasjonalt tidsskrift. Opplysningene slettes når forskningsprosjektet er ferdigstilt, innen 31 desember 2014.

Dine rettigheter

Det er helt frivillig å medvirke i forskningsprosjektet. Jeg gjør deg også oppmerksom på at du kan trekke deg fra prosjektet når som helst, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du har lyst til å være med på intervju, vil jeg be deg om å underskrive den vedlagte samtykkeerklæringen før vi starter intervjuet.

Dersom det er noe du lurer på i forbindelse med denne henvendelsen kan du nå meg på telefon; 41 38 80 16, eller e-post; am.larsson@stud.uis.no. Du kan også kontakte min veileder Marianne Storm, institutt for helsefag, telefon; 51 83 41 58 eller e-post; marianne.storm@uis.no.

Med vennlig hilsen

Anna Maja Larsson
Jonas Lies gate 8B, 4021 Stavanger

Marianne Storm
Veileder for prosjektet, Førsteamanuensis, UiS

Samtykkeerklæring for forskningsprosjektet ”Brukermedvirkning og Recovery fra mani; helsearbeiderens perspektiv”.

Dersom du ønsker at delta i mastergradsprosjektet ber vi deg om å undertegne denne samtykkeerklæringen. Deltakelsen er basert på frivillig, informert samtykke.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet og samtykker til å delta i studien. Jeg er forstående med at:

- Forskningen vil gjennomføres i tråd med informasjonsskrivet.
- Jeg har fått tilfredsstillende svar på eventuelle spørsmål jeg har hatt.

Navn

Signatur Telefonnummer

TABELL ÖVER ANALYSPROCESSEN

Här visas en del av den tabell som har använts i analysen av intervjuerna. Tabellen visar hur de meningsbärande enheterna har kondenserats och kodats innan de placerats i subkategorier och kategorier under det överordnade temat.

<u>Meningsbärande enhet</u>	<u>Kondenserad meningsbärande enhet</u>	<u>Kod</u>	<u>Sub-kategori</u>	<u>Kategori</u>	<u>Tema</u>
<i>M; Å vill du säg något om fördelar med brukarmedverkan hos patienter med mani? I; Jo fordelene er ju de, me får til et bedre samarbeid å // ja. Målet er ju at me skal få til et samarbeid om behandlingen.</i>	Fördelen med brukarmedverkan är att samarbetet med patienten blir bättre.	Brukarmedverkan ger bättre samarbete.	Den sårbara relationen mellan patient och personal	<i>Att arbeta med patienter i en manisk fas</i>	Den terapeutiska miljön
<i>M; Vad ser du som huvudsaklig orsak till att patienter blir bättre? I; // Det er en kombinasjon av mijøterapi å og medisiner.</i>	Kombinationen miljöterapi och mediciner gör patienten bättre.	Faktorer i bättringsprocessen	Mediciner på gott och ont	<i>Patientens bättringsprocess</i>	
<i>M; Kan du se att mediciner kan ha både positiv och negativ betydelse för att patienten ska bli bättre? I; Ja, der følger ju en del bivirkninger med av og til. // Så de er ju på en måte sånn nødvendig onde.</i>	Mediciner är en nödvändig onde, medför biverkningar.	Biverkningar av mediciner	Mediciner på gott och ont	<i>Patientens bättringsprocess</i>	
<i>I; Så det er veldig vanskelig, ikke sant, de å jobbe med maniske. Det krever nesten hele deg alltså. // Ja, så du er ganske sliten når du går hjem, // enten det du er på dag, aften eller natt.</i>	Det är svårt att jobba med maniska patienter, det kräver hela dig, du är trött när du går hem.	Krävande patientgrupp	Det kräver nästan hela dig	<i>Att arbeta med patienter i en manisk fas</i>	
<i>M; Har du erfaring med att kartlägga patientens resurser, och ta hensyn till dom når du legger opp en behandlingsplan? I; Ja, absolutt, det er ju viktig å ha resurser med tanke på familie å venner å nettverk å sånne ting.</i>	Nätverk, familj och vänner är viktiga resurser att kartlägga.	Resurser	Anhöriga – en viktig resurs	<i>Tillbaka till livet utanför sjukhuset</i>	
<i>M; Så har du erfaring med att förmedla håp till patienten? I; // Viktig. // Det er å trygge di på at de er her nå å får hjelp å at me // er her for di hvis de trenger oss. Lytte til di, støtte di, vise forståelse. // Å og yttre håp om at di vil faktisk bli bedre.</i>	Viktigt att förmedla hopp till patienten genom att vara där för dem och att de kommer att bli bättre.	Förmedla hopp	Att förmedla hopp för framtiden	<i>Att arbeta med patienter i en manisk fas</i>	

